

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930 - 1931 — N° 100

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
Déséquilibre Vago-sympathique
DANS LES
Etats Emotifs et Anxieux

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 4 Décembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Félix DANCENIS

Né à Saïgon (Cochinchine), le 29 Juillet 1905

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

Téléphone : Vaudrey 32-55

LYON

1930

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
Déséquilibre Vago-Sympathique
DANS LES
Etats Emotifs et Anxieux



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930 - 1931 — N° 100

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Déséquilibre Vago - sympathique

DANS LES

Etats Emotifs et Anxieux

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 4 Décembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Félix DANCENIS

Né à Saïgon (Cochinchine), le 29 Juillet 1905

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

Téléphone : Vaudrey 32-55

LYON

1930

PERSONNEL DE LA FACULTE



Proyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Proyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique.	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PADEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULLER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (J.)	MARTIN (J.)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (A.)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU Ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE :

MM. LÉPINE Président ; FROMENT, Assesseur
MM. DEVIC et DECHAUME, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

En témoignage de mon affection, je
lui dédie ce travail que je voudrais
être digne d'Elle.

A MON PERE

Qu'il trouve ici le faible témoignage
de toute mon affection et de la reconnaissance
que je lui dois.

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MES ANCIENS MAÎTRES ET A TOUS CEUX

QUI ONT CONTRIBUÉ A MON INSTRUCTION

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE DE FLEURY

Commandeur de la Légion d'honneur

Membre de l'Académie de Médecine

Qu'il nous permette de lui offrir ce travail. C'est lui qui, le premier, nous a reçu au seuil de nos études psychiatriques, qui a guidé nos premiers pas par ses conseils bienveillants, et nous a orienté vers l'étude des Névroses.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

À NOTRE PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN LEPINE

Officier de la Légion d'honneur

Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

Professeur de Clinique neuro-psychiatrique

Associé national de l'Académie de Médecine

Qui nous réserva un si bienveillant accueil en nous recevant dans son service de l'Hôtel-Dieu et à la Clinique des Maladies Mentales de l'Asile de Bron, et en nous permettant de nous initier à cette partie si attachante de la Médecine qu'est la Psychiatrie.

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous le prions d'accepter ce travail comme témoignage de notre profonde reconnaissance.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR FROMENT,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEVIC,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DECHAUME.

AU DOCTEUR EDOUARD LARRIVE

Chef de la Clinique Psychiatrique de la Faculté de Lyon

Médecin des Asiles

Médecin-Chef de la Maison de Santé de St-Jean-de-Dieu

Qui nous a inspiré cette Thèse, qui nous a réservé le meilleur accueil dans son service et nous donna toutes facilités pour accomplir notre travail en nous aidant de ses conseils bienveillants.

Nous l'en remercions bien sincèrement.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE PARIS
1925-1928

AU DOCTEUR LUCIEN HUDELO

*Officier de la Légion d'honneur
Médecin honoraire de l'Hôpital Saint-Louis*

AU DOCTEUR GEORGES FAROY

Médecin de l'Hôpital Beaujon

Nous les remercions pour le temps
que nous avons passé dans leur ser-
vice comme externe suppléant, et
pour l'amour de la Médecine et de la
Clinique qu'ils nous ont inculqué.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE LYON
1929-1930

AU PROFESSEUR FROMENT

*Officier de la Légion d'honneur
Médecin des Hôpitaux*

Qu'il trouve ici l'expression de no-
tre reconnaissance pour l'amour qu'il
nous a inspiré pour la Neurologie,
alors que nous suivions ses leçons
dans son service à l'Hôtel-Dieu, et à
la Faculté.

A NOS MAITRES MILITAIRES
DE L'HÔPITAL DU VAL-DE-GRACE
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

AU MÉDECIN-COMMANDANT B. POMME

Chevalier de la Légion d'honneur et Médaille militaire
Professeur Agrégé au Val-de-Grâce

Il nous a accueilli avec grande bienveillance dans son service à l'Hôpital Militaire de Desgenettes, nous permettant de prendre des observations pour nos études, et nous faisant même parfois collaborer à ses travaux.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

AU MÉDECIN-CAPITAINE R. LIEGEOIS

Chevalier de la Légion d'honneur et Médaille militaire
Médecin des Hôpitaux militaires

Qu'il trouve ici l'expression de nos vifs remerciements pour l'amabilité et la bienveillance qu'il nous a témoignés autant comme notre Chef, que comme assistant du Professeur Pommé, pendant notre séjour à Lyon.

INTRODUCTION

Par sa riche symptomatologie, l'anxiété a retenu l'attention des psychiatres et des médecins, elle a été connue de tout temps. — « HIPPOCRATE, qui connaissait ce symptôme, l'appliquait souvent au pronostic » rapporte LALANNE. Nous retrouvons dans nos classiques ses descriptions sous des noms divers, c'est le Délire émotif de MOREL (1866), — l'Anxiété paroxysmique de BRISSAUD, — la Névrose cérébro-splanchnique de GRASSET...

C'est FREUD qui en 1895 individualisa la Névrose d'Angoisse, l'« *Angstneurose* », créant l'entité clinique et donnant l'explication étiologique sexuelle que chacun sait.

RAYMOND et JANET dans « *Névroses et Idées fixes*, en 1898, signalent l'anxiété chez les Psychasthéniques; et PITRE et RÉGIS attirent l'attention sur le rôle primordial de l'anxiété dans les obsessions : « Supprimez par la pensée l'angoisse, l'anxiété qui s'y trouvent, et vous n'aurez plus d'obsession. Par contre, prenez une obsession quelconque et enlevez-en l'idée fixe ou la tendance impulsive, ne laissant que l'anxiété, l'angoisse, et vous aurez encore l'obsession dans son fondement, dans son essence » (1) HARTENBERG, en 1901

(1) PITRES ET RÉGIS. — Séméiologie des Obsessions et Idées fixes, XII^e Congrès International, Moscou, 1897.

fait paraître la « *Névrose d'Angoisse* », et c'est LALANNE qui en 1902 est chargé du rapport au XII^e Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes.. (Grenoble 1902), sur les Etats anxieux dans les maladies mentales.

Plus près de nous, se trouvent les études de PIERRE BONNIER (*L'Anxiété*, 1913), de HECKEL (*La Névrose d'Angoisse et les Etats d'Emotivité anxieuse*) ; les articles et mémoires d'ERNEST DUPRÉ, réunis dans la « *Pathologie de l'Imagination et de l'Emotivité* », créant la conception des constitutions psychopathiques et de la constitution émotive entre autres.

Enfin il faut arriver jusqu'à ses élèves DEVAUX ET LOGRE pour trouver une monographie complète sur « les *Anxieux* », et qui restent jusqu'ici tout ce qui a été dit de mieux en cette matière au point de vue de la clinique psychiatrique.

Dans les études étiologiques et pathogéniques des états anxieux nous voyons se développer les diverses tendances qui séparent les psychiatres. « Alors se manifestèrent deux tendances qui se sont perpétuées jusqu'à nos jours, disait H. COLIN (1), d'une part, sous l'influence de la découverte des lésions de la Paralyse Générale, et revenant ainsi à des idées plus anciennes que confirmait la nouvelle découverte, on s'efforça de rapporter à des désordres anatomo-pathologiques les différents symptômes observés chez les alié-

(1) H. COLIN. — Discours d'ouverture du XXVII^e Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, Besançon, Août, 1923.

nés, d'autre part on voulut partir d'une psychologie soi-disant normale pour apprécier les troubles du jugement et de la raison constatés chez les malades. Ces deux tendances persistent encore et s'augmentent depuis ces dernières d'une troisième hypothèse, à savoir le trouble des fonctions biologiques, conditions de l'altération de l'intelligence et cause réelle des troubles mentaux... »

Ces diverses tendances se retrouvent encore à l'heure actuelle en Psychiatrie. Les méthodes d'analyse psychologique sont toujours employées et l'on ne saurait s'en passer, nous en trouvons un exemple dans les procédés de la Psychanalyse. D'autres auteurs recherchent et étudient les lésions anatomo-pathologiques dans les démences et en particulier dans la Démence Précoce. — Mais restaient inexplorés les vastes domaines de la Biologie et de la Physiologie, cependant que l'on commençait à décrire les troubles mentaux liés aux perturbations des Glandes à sécrétion interne (1). Nous pourrions rapporter ici les travaux contemporains sur l'Alcalose, la Calcémie, etc..., dans les maladies mentales.

L'Anxieux et l'Emotif par leur riche symptomatologie somatique relevant surtout des nerfs Pneumogastrique et Grand Sympathique, n'ont pas tardé à attirer l'attention des auteurs et à orienter leurs recherches dans ce sens. Malgré les explications purement psychologiques, ils se sont demandé s'il ne fallait pas

(1) LAIGNEL-LAVASTINE, (voir Bibliographie).

voir dans la perturbation de ce système vago-sympathique la cause de ces troubles mentaux.

Cependant le rôle de ce système dans l'éclosion ou dans l'évolution des maladies mentales, avait déjà été soupçonné depuis longtemps. C'est ainsi que BRICHAT, dans son « *Anatomie Générale* » écrivait : « L'ignorance où nous sommes sur les maladies qui ont leur siège dans les ganglions, l'éloignement de ces organes des excitations extérieures, font que nous ne pouvons avoir aucune donnée sur leurs sympathies. Je crois très probable, cependant, que ces sympathies jouent un rôle réel dans les hystéries, dans certaines espèces d'épilepsies dont les accès commencent comme ceux de l'hystérie par une sensation pénible à l'épigastre, dans cette foule d'affections nommées nerveuses et que le vulgaire confond sous le nom de vapeurs... » ; et les classiques que nous avons cité plus haut nous signalent ce rôle dans les noms qu'ils ont donnés aux névroses isolées : c'est le « Délire émotif ou Névrose du Système nerveux ganglionnaire viscéral » de MOREL, — c'est la « Névrose Cérébro-splanchnique » de GRASSET, — la « Névrose hystérique du Vague » de VAN VOORDEN, — la « Névropathie aiguë cérébro-pneumogastrique » de GIRARD, — la « Névropathie cérébro-cardiaque » de KRISHABER (1874). — RÉGIS signale dans la mélancolie les « troubles de la sensibilité perceptive, en rapport probable avec des altérations toxiques ou autres du fonctionnement organique particulièrement dans le domaine du Grand Sympathique. »

Puis à mesure que se précisaient davantage les mé-

thodes d'exploration du Système Vago-sympathique, son étude fut faite non seulement dans les états anxieux, mais d'une façon systématique, dans tous les troubles psychiques.

Suivant, dans ce sens, la voie tracée par CLAUDE, LAIGNEL-LAVASTINE, TINEL, GARRELON, DANIEL SANTE-NOIRE et leurs élèves, EUZIÈRE et MARGAROT, etc., nous avons essayé, nous aussi, de préciser les perturbations du Système Vago-sympathique qui se rencontrent dans ces états, et ce sont ces recherches que nous vous présentons aujourd'hui comme thèse inaugurale.

Nous avons entrepris ce travail sans aucune idée préconçue. Arrivé sur la fin de notre scolarité, nous avons dû nous mettre à l'étude du Grand Sympathique, tant au point de vue anatomique que clinique. Ayant colligé un peu partout les travaux les plus récents, nous avons cru devoir apporter ici le résultat de notre travail. Nous rappelons donc les dernières notions de Sympathologie, illustrées autant que possible d'exemples cliniques, et nous indiquons ensuite quelques moyens d'exploration de ce système qui sont à notre disposition, et que nous avons employés.

De même nous avons cru devoir retracer ici, d'une manière aussi complète que possible, la physionomie clinique de l'Emotif et de l'Anxieux. En étudiant nos malades, nos idées ont différé quelque peu de celles des auteurs que nous avons consultés ; c'est ainsi que, sans opposer l'Emotif à l'Anxieux, nous considérons l'émotivité et l'anxiété comme deux dispositions psychopathiques de nature différente... Qu'on veuille bien

nous excuser la longueur de ces deux premières parties qui n'auraient par ailleurs aucune raison* d'être.

Nos observations ont été prises très minutieusement, et nos malades, suivis pendant près d'un an, certains même correspondent à l'heure actuelle avec nous. Nous avons noté avec soin leurs réactions psychiques et leurs réactions physiques, presque au jour le jour pour plusieurs d'entre eux, et c'est un lambeau de leur vie que nous apportons. Enfin dans la partie « SYNTHÈSE ET ORIENTATION », nous analysons et critiquons ces observations afin d'en tirer quelques données quant aux réactions vago-sympathiques chez ces émotifs et chez ces anxieux.

PREMIÈRE PARTIE

Rappel de quelques notions sur le Système Neuro-Végétatif

CHAPITRE PREMIER

Généralités **Embryologie, Anatomie**

C'est en 1841 que MÉDICIS DE BOLOGNE démontra à l'Académie de Médecine que la fonction du Grand Sympathique est de présider à la vie végétative. Depuis, cette notion a été maintes fois précisée et complétée, le Pneumogastrique a été réuni au Grand Sympathique pour former le système vago-sympathique ou neuro-végétatif; à présent on leur adjoint les glandes à sécrétion interne pour former le système organi-végétatif qui régit chez l'être animé tout ce qui n'est pas fonction de relation.

On connaît le Grand Sympathique, ces ganglions qui s'échelonnent de part et d'autre de la colonne vertébrale depuis la première cervicale et réunis entre eux par un gros cordon blanc, et aux nerfs rachidiens par les *rami communicantes*.

Pour l'embryogenèse, qu'on nous permette de citer quelques lignes de l' « *Anatomie élémentaire des cen-*

tres nerveux et du sympathique » de P. GILIS. On sait que la Moelle épinière provient du feuillet ectodermique formant une gouttière. Cette « gouttière médullaire est tapissée par des cellules épithéliales ectodermiques cylindriques hautes (*spongioblastes*), au milieu desquelles se trouvent des cellules rondes, dites *cellules germinatives de His* ». Les premières donnent l'épithélium épendymaire et la névroglie, les secondes « donnent les *neuroblastes* qui émettent des prolongements et deviennent les *cellules nerveuses* ou *neurones* ».

« Après la fermeture de la gouttière médullaire, des colonies de cellules germinatives s'éloignent des parois du tube neural, et vont former, sur ses côtés, un premier amas, le *ganglion spinal*. Ce bourgeonnement se fait métamériquement... »

« Cette prolifération et cette migration continuent, et l'on voit de ces cellules suivre les racines antérieures et les racines postérieures, dépasser les trous de conjugaison, et se grouper de chaque côté de la colonne vertébrale, pour former les *ganglions de la chaîne latéro-vertébrale du grand sympathique*. D'autres cellules arrivent en avant de la colonne vertébrale et y forment les *ganglions médians ou prévertébraux*. D'autres vont encore plus loin, viennent au contact des viscères et, même, les pénètrent, constituant les *ganglions viscéraux ou parenchymateux*. Enfin, certaines de ces cellules migratrices, au lieu de devenir des cellules nerveuses sympathiques, forment des *cellules chromaffines* ou *phœchromes* et deviennent les cellules adrénaliniques des paraganglions. »

« Le sympathique apparaît donc comme une émanation directe du tube nerveux central ; il reste toujours en connexion avec lui... Ces faits démontrent (aussi) la parenté des cellules sympathiques et des cellules adrénaliniques. »

Le système sympathique est ainsi considéré par les classiques comme un dérivé du système cérébro-spinal. A l'heure actuelle cette opinion est cependant controversée. Certains auteurs comme Onodi, Joris, admettent que seuls les ganglions de la chaîne sympathique naissent des ganglions spinaux, et que les ganglions viscéraux naissent sur place. Camus va beaucoup plus loin et considère le système sympathique tout entier dérivant du coelome et du mésenchyme. Ce serait ainsi une sorte de *placode* immense, comme l'épithélium olfactif, secondairement raccordée au système cérébro-spinal.

Les centres du Sympathique ne s'échelonnent pas seulement le long de ce système caténaire, nous en trouvons de plus haut placés. Dans la moelle, à la base des cornes antérieures, formant le *tractus intermediolateralis* de Stilling-Clarke ; la partie externe contiendrait des centres sympathiques, et la partie interne, juxta-épendymaire, des centres para-sympathique. Ces centres s'étendent de D I à S IV. Cependant nous retrouvons en C II-C IV quelques centres vasomoteurs et sudoraux. Remontant le système cérébro-spinal nous retrouvons encore des noyaux organiques annexés aux noyaux des nerfs crâniens, le noyau salivaire inférieur du glosso-pharyngien, le noyau sali-

vaire supérieur de l'intermédiaire de Wrisberg, le noyau lacrymal du facial, et dans la protubérance le noyau pupillaire du moteur oculaire commun. Toutes ces formations appartiennent au para-sympathique céphalique. Rappelons que certains auteurs placent les centres de la régulation thermique, des vaso-moteurs et de la sudation, dans la partie antérieure des corp opto-striés et du thalamus.

Des centres médullaires, par l'intermédiaire des racines antérieures et des *rami communicantes*, les fibres sympathiques se rendent dans les ganglions latéro-vertébraux, ce sont les fibres préganglionnaires ; certaines s'y terminent, s'articulant avec les cellules sympathiques, d'autres ne font que traverser ces ganglions, et reportent plus loin leur relai dans les ganglions des plexus pré-vertébraux (plexus pharyngien, plexus cardiaque, pulmonaire, plexus solaire, mésentérique, hypogastrique, etc...), et même plus loin dans des ganglions annexés aux organes mêmes (plexus parenchymateux, plexus muraux d'Auerbach, de Meissner, etc...). Ainsi donc nous nous trouvons en face de deux systèmes, le premier sympathique, ayant des fibres préganglionnaires très courtes, des fibres postganglionnaires très longues, et des centres de relai voisins de la moelle ; le deuxième, parasympathique, ayant au contraire des fibres préganglionnaires très longues, des fibres postganglionnaires très courtes et des centres de relai éloignés.

A certains nerfs crâniens se trouvent annexés des ganglions, ganglion ophtalmique (nerf optique), ganglion de Meckel (nerf maxillaire supérieur), ganglions

sous maxillaire et sublingual (nerfs lingual et sublingual), etc..., ganglions où se trouvent des relais parasympathiques, et des fibres sympathiques qui les traversent simplement.

Au niveau des organes mêmes, dans leur parenchyme, dans la trame du tissu constituant, se trouvent des cellules mi-nerveuses, mi-musculaires, se différenciant de l'une et de l'autre structure, nerveuse ou musculaire, et qui forment des « centres autonomes intra-muraux ». Ce sont les nœuds de Keith et Flack, le nœud de Tawara, le faisceau de Hiss dans le cœur, et dans les parois du tube digestif : les cellules de Cajal, les nœuds de Keith que l'on identifie parfois avec le plexus d'Auerbach et les plexus de Meissner (1). Nous n'insisterons pas sur la physiologie de ces centres autonomes régis par la loi du « tout ou rien ». Les mouvements qu'ils produisent sont rythmiques et toujours les mêmes, ils varient dans leur amplitude et non dans leur ordonnance.

« Si bien qu'au point de vue physiologique et anatomique, le fonctionnement de certains viscères paraît être assuré de la manière suivante :

1° Le système nerveux local contenu dans le viscère lui-même assure le fonctionnement automatique viscéral même en l'absence du système organo-végétatif qui lui est superficiel.

2° Le système organo-végétatif et ses centres encéphalo-médullaires contrôlent le système autonome local, dont nous venons de parler, grâce à deux ordres

(1) GEORGES MORIN. — Dispositif moteurs autonomes de l'intestin... *Journal de Médecine de Lyon*, 5 août 1929, p. 503.

de fibres à fonctionnement antagoniste : les fibres sympathiques et les fibres parasympathiques. » (1).

Ainsi donc dans l'anatomie et l'histologie, nous trouvons une opposition entre deux systèmes, d'une part le Sympathique, d'autre part le Parasympathique qui comprend le Pneumogastrique et les Parasympathique crânien et pelvien. Nous négligerons les systèmes intra-muraux qui sont sous la dépendance des deux premiers.

Nous n'insisterons point sur des notions plus précises de localisation, ces précisions ne sont nullement nécessaires pour l'étude que nous allons faire du Grand Sympathique. Nous retrouverons dans sa physiologie non seulement une différenciation, mais encore un antagonisme des deux systèmes au niveau de certains organes. C'est dire qu'au point de vue clinique leurs manifestations profuses ne seront point faciles à démêler.

Y mettant un peu d'ordre, EPPINGER et HISS, en 1910, décrivent le syndrome clinique *Vagotonie* : « Dans la conception de la Vagotonie nous groupons tous ces états constitutionnels dans lesquels, en outre des manifestations liées à une augmentation du tonus du vague et à une irritabilité excessive de ce système anatomique, il existe également un état de sensibilité anormale à la pilocarpine » (2). Puis étudiant

(1) TESTUT. — *Traité d'Anatomie.*, 8^e Edit., revue par LATTARJET, t. III, p. 385.

(2) GUILLAUME. — Vagotonie, Sympathicotonie, Neurotonie.

la maladie de BASEDOW, ils envisagent un état sympathicotonique.

Depuis, ces conceptions, quoiqu'ayant été vivement controversées, ont été acceptées et admises, on peut dire, partout. A la méfiance a succédé l'engouement. Les études qui ont été faites depuis 20 ans sur ces deux syndromes sont très nombreuses, et, malheureusement, parfois contradictoires. La Clinique et la Physiologie ne sont pas toujours d'accord.

Ces notions ont dû être revisées. On avait voulu, se basant sur cet antagonisme physiologique entre le Vague et le Sympathique, classer tous les individus, malades ou non, en Vagotoniques et en Sympathicotoniques. Mais cette schématisation excessive ne pouvant comprendre tous les cas, la clinique étant plus complexe qu'un schéma de laboratoire, on fut amené à concevoir un 3^e groupe appelé, selon les auteurs : NEUROTONIE (GUILLAUME, 1919), AMPHOTONIE (DANIELOPOLU, 1922). « La neurotonie se caractérise (cliniquement) par l'existence d'un état de déséquilibre organo-végétatif, tel qu'il est impossible de reconnaître une prédominance globale totale indéniable de l'un des systèmes sur l'autre (dans le temps ou dans l'espace) » dit GUILLAUME (1) ; et DANIEL SANTE-NOISE ajoute dans son livre « *Pneumogastrie et Glandes endocrines* » (p. 16) : « La notion de l'antagonisme du vague et du sympathique est une affirmation beaucoup trop générale. Si, en effet, cet antagonisme existe au niveau de certains organes (cœur, tube di-

(1) GUILLAUME. — Loc. cité, p. 83.

gestif), il n'en est pas moins vrai que pour soutenir cette théorie en ce qui concerne d'autres organes tels que les vaisseaux, on doit se livrer à des acrobaties de raisonnement étayé sur une anatomie imaginaire. Ainsi certains auteurs, du fait que les vaso-constricteurs appartiennent au système sympathique, ont dû soutenir que les vaso-dilatateurs appartenaient au para-sympathique. Or ces derniers semblent provenir de la moelle. Il a donc fallu imaginer des trajets bizarres qu'aucun histologiste n'a vu, pour pouvoir rattacher les vaso-dilatateurs au système para-sympathique. »

Nos recherches nous ont confirmé dans ces vues et nous avons retrouvé chez nos malades non pas une vagotonie ou une sympathicotonie nette, mais un ensemble de réactions relevant des deux systèmes avec prédominance de l'un d'eux soit dans le temps — neurotonie alternante — soit au niveau d'organes différents — neurotonie intriquée.

Nonobstant cela, et pour plus de clarté, nous allons reprendre, appareil par appareil, la physiologie de chacun des deux systèmes.

CHAPITRE II

Physiologie

§ 1. — Appareil circulatoire.

Nul n'ignore l'action frénatrice sur les mouvements cardiaques des deux pneumogastriques et l'effet accélérateur du sympathique ; cependant l'instabilité cardiaque, palpitations et extrasystoles d'origine auriculaire, sinusale ou ventriculaire, les tachycardies anormales sinusales, névroses tachycardiques de GALLAVARDIN semblables aux « tachycardies basedowiennes moins le goître », — la tachycardie paroxystique de BOUVERET, enfin les tachycardies émotives telles que celles que nous trouverons chez nos malades, relèvent également de troubles sympathiques. Ces dernières quoiqu'ayant une étiologie émotionnelle donc psychique, ne diffèrent en rien, par la symptomatologie, de celles connues avec extrasystoles et douleurs d'angoisse. Ces tachycardies relèveraient de l'orthosympathique.

S'il est des bradycardies, comme dans le syndrome de STOCKES-ADAMS, qui soient dues à une mauvaise conduction du faisceau de HISS, il n'existe pas moins des bradycardies d'origine vagale et qui cessent sous

l'action de l'atropine paralysant du vague. Enfin parlons des névralgies cardiaques à type angineux le plus souvent « en rapport avec un facteur sympathique de premier ordre », — surtout les angines de poitrine tabagiques et caféiniques. — « La syncope est essentiellement un syndrome de paralysie sympathique. »

Nous noterons également un phénomène curieux : le rétrécissement mitral spasmodique. Le Professeur J. Lépine en a rapporté trois cas (1) chez des anxieuses, où l'on trouvait à l'auscultation tous les signes cliniques du rétrécissement mitral. Ces signes se sont amendés alors que chez elles l'anxiété déclinait. Remarquons chez deux d'entre elles les antécédents personnels d'alcoolisme patent. L'Observation IX que nous rapportons nous présente encore un cas de rétrécissement mitral spasmodique.

Dans le domaine vaso-moteur on ne saurait que parler d'un facteur holo-sympathique sans pouvoir préciser s'il s'agit de l'ortho ou du parasympathique. LERICHE et ses élèves se sont attachés, à la suite de leurs travaux sur la sympathectomie périartérielle, à démontrer l'existence de centres vaso-moteurs périphériques. « Nous avons obtenu par l'étude des réflexes vasculaires, des preuves évidentes qu'il existe des centres vaso-moteurs périphériques pouvant fonctionner indépendamment des centres bulbaires et spinaux. » Cependant ces centres périphériques restent

(1) J. LÉPINE. — Le rétrécissement mitral spasmodique dans les états anxieux. *Province Médical*, janvier 1907, p. 2.

en connexion étroite avec les centres bulbaires et spinaux. Ce qui prouve donc qu'on puisse avoir des syndromes vasculaires d'origine purement sympathique. Signalons les angiospasmés, la « stupeur artérielle » de VEAU et LERICHE qui se rencontre au cours de la sympathectomie périartérielle, — les hypertensions artérielles paroxystiques aiguës, oscillantes ou permanentes dues aux angiospasmés et que l'on peut très bien dépister par le procédé de GALLAVARDIN en prenant les indices oscillométriques au poignet ou au bras.

La vaso-dilatation périphérique provoque la rougeur de la peau, et produit ainsi la rougeur émotive bien connue. Cependant des vaso-dilatations internes peuvent se produire réalisant le syndrome d'« endocrino-névrose hypotensive » qui se retrouve surtout chez la femme. Après le repas, se produit une grande vaso-dilatation interne, d'où, par voie de réflexe équilibrateur, une vaso-constriction périphérique produisant une impression de « frilosité post-prandiale ». — Enfin notons en passant que l'on tend à admettre dans l'athérome et même dans l'artério-sclérose, des facteurs sympathiques tout au moins indirects.

§ 2. — Peau et phanères.

Passant aux syndromes cutanés, nous retrouvons les vasomoteurs, ce sont les syncopes locales des extrémités par angiospasmés, c'est la sensation d'engourdissement ou de doigt mort ; ou, par vaso-dila-

tation paralytique, les acrocyanoses, différant par sa couleur bleue de la teinte rouge de la vaso-dilatation active, — c'est l'érythromélgie de WEIR MITCHELL, syndrome sympathique des vaso-dilateurs, avec parfois des lésions des tractus intermedio-laterális (Thèse de BENOIST, Paris), ce sont les acroparesthésies dans lesquelles GILBERT BALLET démontra que les troubles paresthésiques sont secondaires aux troubles sympathiques. Citons encore les érythèmes divers, sériques, toxiques, les érythèmes de la Rougeole, de la Roséole, de la Scarlatine..., bien étudiées dans leurs relations avec l'équilibre vago-sympathique, par MARCEL LAURENT dans sa thèse (1). Il dit en substance : « d'une façon générale, l'érythème coexiste avec la Sympathicotonie, les deux phénomènes ont une évolution parallèle et ils disparaissent simultanément. Cette sympathicotonie est toujours précédée et le plus souvent suivie d'une courte période d'hypervagotonie. »

Nous reviendrons sur les érythèmes provoqués en décrivant les raies vaso-motrices au chapitre de l'exploration. Signalons le dermographisme, les urticaires, les purpuras, signes d'insuffisance hépatique pour les uns, mais qui, pour d'autres auteurs, se retrouvent chez les hyperthyroïdiens. Le zona, l'herpès, les pemphigus, les gangrènes (Maladie de RAYNAUD) et maux perforants, ont un important facteur sympathique. Les phénomènes de causalgie de WEIR MITCHELL (1874)

(1) MARCEL LAURENT, — Variations de l'équilibre vago-sympathique au cours de quelques érythèmes, *Thèse*, Paris,

et le prurit sont des phénomènes d'irritation sympathique (1).

N'oublions pas les troubles de la sécrétion sudorale, les hyperidroses et les anhidroses, localisées dans des territoires sympathiques. C'est ainsi que le Professeur A. ROUQUIER nous a communiqué quatre observations d'hyperidrose, dont je relève celle-ci, typique : crises convulsives de type BRAVAIS-JACKSON avec début au niveau du membre supérieur droit ; ces crises sont suivies « d'une période de confusion relative, et lorsqu'elle se termine, on constate chez le malade des signes de syndrome de CLAUDE-BERNARD-HORNER droit, puis apparaît de l'hypercrinie à topographie nettement localisée à la zone cutanée de la branche sus-orbitaire de l'ophtalmique droit ». D'autre part « il existe chez ce malade des signes nets de sympathicotomie (R. O. C., 76-80) ». — LAIGUEL-LAVASTINE a communiqué à la *Société Médicale de Paris* (30 novembre 1917) un « cas d'hyperidrose généralisée vagotonique constitutionnelle » ; — d'autre part ANDRÉ THOMAS et F. BARS déclarent à la *Société de Neurologie* (7 juillet 1927), après avoir rapporté un cas d'hémihyperphidrose cervicale acquise. « Que ces hémihyperphidroses soient congénitales ou acquises, elles n'en témoignent pas moins d'une susceptibilité, d'une excitabilité, d'une réperçussivité élective dans le domaine du sympathique cervical.

(1) Sur les causalgies ou névrites ascendantes, on consultera avec profit la thèse de BLANCHET (Paul). Les causalgies post-traumatiques de WEIR MITCHEL et leur devenir. *Thèse*, Lyon, novembre 1930.

Enfin signalons, pour être complet : la séborrhée (« il y a de l'hypercrinie cérumineuse dans le CLAUDE-BERNARD-HORNER »), l'innervation sympathique des muscles pilo-moteurs ; le rôle du sympathique dans la pelade, dans les hypertrichoses, dans l'hirsutisme (liée à l'hyperépiphrie, thèse de GALLAIS, thèse de ANDRÉ DANÈS, Lyon 1929), dans l'œdème aigu angio-neurotique de QUINCKE, dans le trophœdème d'HENRI MEIGE.

§ 3. — Appareil digestif.

Parmi les symptômes et syndromes digestifs, citons l'hypersalivation isolée par KLIPPEL et LEFAS sous le nom de névrose salivaire ; les réflexes œsophago et gastro-salivaires décrits par ROGER, toujours par excitation vagale, alors que la sécheresse de la bouche provient d'une paralysie du vague. — Des paresthésies bucco-pharyngées peuvent amener des mouvements de déglutition d'où aérophagie et syndrome de distension de l'estomac. Nous retrouverons dans nos Observations d'anxieux, des malades présentant une aérogastrie (Obs. IX). — Les vomissements et les nausées sont des syndromes du vague, et sont calmés par la belladone. L'hyperacidité et le syndrome de Reichmann se retrouvent également chez ces anxieux dys-petiques (Obs. III, IV et XVI).

Le Pneumogastrique n'agit pas seulement sur le système bucco-œsophago-gastrique, mais il a une action également sur le système entéritique par les

anastomoses que le Pneumogastrique droit contracte avec les deux ganglions semi lunaires (anse mémorable de WRISBERG). En 1896, COURTADE et GUYON, à la *Société de Biologie*, exprime cette loi : « l'orthosympathique produit le changement lent de la tonicité et la contraction des fibres circulaires, et le pneumogastrique, la contraction brusque des fibres longitudinales » aussi bien au niveau de l'intestin grêle qu'au niveau du gros intestin.

Dans les syndromes solaires, on peut distinguer :

1° des syndromes d'excitation qui « se caractérisent par l'élévation de la pression artérielle, une constipation à caractère spasmodique, et des douleurs épigastriques transfixiantes », — à ces syndromes peuvent être rattachées des crises gastriques tabétiques, les gastro-radiculites syphilitiques de ROQUES, CHALIER et NOVÉ-JOSSERAND, — la douleur solaire par excitation vagale à la suite de l'ulcère de l'estomac, ou même à l'occasion de l'appendicite (ENRIQUEZ), — les crises d'entéralgie et les coliques de plomb, enfin les cœlialgies de toutes sortes.

2° « le syndrome solaire aigu de paralysie qui se caractérise par la chute formidable de la pression artérielle avec de la diarrhée profuse, qui peut aboutir à des hémorragies, et une tachycardie extrême aboutissant au collapsus et se terminant par la mort assez rapide ». — C'est le tableau clinique de la péritonite aiguë où il y a toujours des lésions de ganglions semi-lunaires à la nécropsie. — Nous observons bien aussi une atonie gastrique avec ptose par suite de paralysie ou d'inhibition des Pneumogastriques,

— signalons la dilatation gastrique réflexe post-opératoire.

Au sujet des vaso-moteurs nous avons parlé de la frilosité post-prandiale, que nous rappelons ici, où nous avons une intense vaso-dilatation interne, et une vaso-contriction périphérique de compensation. — N'oublions point les diarrhées et surtout les diarrhées émotives que les candidats aux examens connaissent bien. Nous avons eu un sujet qui présentait une diarrhée émotive telle qu'il suffisait qu'il se trouvât dans un lieu dénué de commodités pour son besoin organique, pour que cette diarrhée se manifeste impérieusement.

L'entéro-névrose muco-membraneuse répond au « syndrome mésentérique inférieur d'excitation » soit par suite de lésions entéro-annexielles, soit par suite d'une dépression mentale telle que la mélancolie hypochondriaque avec excitation vagale. — Enfin le dernier, mais non le moindre, les angoisses solaires ou entéritiques, que nous retrouverons chez nos anxieux.

§ 4. — Appareil respiratoire.

Au chapitre de l'exploration, nous parlerons du réflexe naso-facial. « Les manifestations causées par ce réflexe, dit LAIGNEL-LAVASTINE, déterminent ce qu'on appelle la crise *sympathique naso-faciale*, et se caractérisent d'une manière courante par les manifestations du coryza, spasmes, larmoiement, photophobie,

vaso-dilatation de la peau de la figure, sueurs, un état de malaise qui résulte de la diffusion des manifestations sympathiques. » C'est ainsi qu'on peut rapporter au sympathique, et au ganglion sphéno-palatin en l'occurrence, les coryzas spasmodiques et les rhumes des foins, les éternuements et les manifestations douloureuses, nasales, orbitaires et même occipitales.

Nous citerons encore l'ozène la rhinite atrophique en rapport avec le ganglion de Meckel ; et la toux spasmodique à point de départ sphéno-palatin, un attouchement au niveau du ganglion sphéno-palatin suffit pour faire disparaître cette toux réflexe.

Sans oublier les spasmes laryngés qui « fauchent la voix » et « coupent la respiration », — la boule hyptérique, même phénomène, et les sanglots qui serrent la gorge, et qui constituent l'angoisse laryngée, nous arrivons aux modifications du rythme respiratoire, les tachypnées, les bradypnées et toutes les sensations d'oppression. — L'asthme des foins est aussi une manifestation vagale survenant chez des urticariens ou des descendants d'arthritiques. On sait l'importance du facteur vagal dans les anaphylaxies et les crises colloïdologiques.

Le rythme de CHEYNE-STOCKES, — rythme normal du décérébré, rythme bulbaire, — est un rythme vagal par excellence.

§ 5. — Glandes endocrines.

DANIEL SANTENOISE rapporte cet écrit de LEREBoullet : « Il est impossible de séparer l'étude des Glandes endocrines de l'étude du Sympathique. On sait depuis longtemps le rôle de celui-ci dans le genèse des manifestations cardio-vasculaires, de troubles thermiques et vaso-moteurs, de troubles sudoraux, de troubles pilo-moteurs, toutes manifestations observées dans les maladies des glandes endocrines sous des formes ou à des degrés divers. » — Et D. SANTENOISE lui-même écrit : « Parmi les preuves de cette étroite intrication du système neuro-végétatif et des glandes à sécrétion interne, une des plus impressionnante a été rapportée par les histologistes et les embryologistes. » Ces preuves nous les trouvons dans la citation de GILIS que nous avons faite au début de ce travail.

Cependant tous les auteurs ne sont pas de cet avis et en particulier GLEY écrit : « ...l'examen critique des résultats jusqu'ici obtenus et mes recherches personnelles m'ont donné à penser que la plupart des glandes endocrines, sinon toutes, fonctionnent indépendamment du système nerveux » ...à l'exception des surrénales reconnaît-il toutefois.

PACHON, au Congrès de Bordeaux, a pu rapporter que : « La conception d'un système neuroglandulaire dans lequel sympathique et glandes endocrines seraient étroitement liées, et dans lequel celles-ci commanderaient à celui-là, a précisément contre elle des

faits expérimentaux multiples. Au lieu d'une conca-ténation étroite des deux éléments nerveux et humoral de la régulation du fonctionnement organique, c'est au contraire l'indépendance et l'autonomie fonctionnelles du système sympathique que démontre l'étude particulière de ces rapports supposés avec les glandes surrénales. »

Ce n'est point du tout notre opinion, et nous adoptions la position de LEREBŒULET et de D. SANTENOISE qui admettent, s'appuyant sur des faits probants, une interrelation entre le système sympathique et les glandes endocrines.

Nous n'insisterons pas sur le syndrome de BASEDOW où le facteur d'excitation sympathique est évident : exophtalmie, mydriase, tachycardie, tremblement ; (nous reviendrons sur le tremblement à propos des muscles). Nous n'entrerons pas dans la discussion de la précession des deux facteurs thyroïdiens ou sympathique. — LAIGNEL-LAVASTINE affirme qu'il existe un « syndrome de BASEDOW sympathogénétique », quoi qu'il en soit, le facteur sympathique n'est nullement contesté, et cela, pour nous, a une extrême importance, d'autant plus grande que souvent le syndrome de BASEDOW, parfois consécutif à une insuffisance ovarienne, s'accompagne de troubles mentaux bien connus. — « En général, les basedowiens sont irascibles, ingrats, très exigeants, difficiles à vivre ; ils s'emportent au moindre retard et ne sont jamais satisfaits. Ils passent, sans transition, de la gaieté la plus enthousiaste à l'amertume et au découragement. Ils ont, au maximum, *l'émotivité névropathique*, se

traduisant non seulement par une impressionnabilité, une inquiétude, une anxiété psychique des plus intenses, mais par des troubles du vago-sympathique, palpitations, étouffements, angoisse précordiale, bouffées de chaleur, crises de sueur et de diarrhée. » (1)

Ainsi donc les basedowiens présentent une hyperémotivité et une anxiété qui peuvent être telles qu'on a pu parler de psychoses d'origine basedowienne à base d'anxiété. — Nous retrouvons par contre chez beaucoup d'émotifs et d'anxieux un syndrome de Basedow fruste, un cou un peu volumineux, un regard un peu brillant, des yeux légèrement exophtalmiés.

On connaît l'action excitatrice de l'adrénaline, produit de sécrétion interne des surrénales, sur l'orthosympathique, elle le rend hypertonique, de telle sorte qu'une injection sous-cutanée de 1 mg. de ce corps fait apparaître chez un sujet à sympathique sensible, toutes les manifestations somatiques de ce système. — Nous utiliserons cette propriété pour la recherche de la sensibilité du sympathique.

En 1927, D. SANTENOISE et ses collaborateurs, dans un ouvrage : « *Pneumogastrique et Glandes endocrines* », consignent une série de travaux et de recherches de laboratoires, et « cette série d'expériences (leur) permet de conclure que le pancréas joue un rôle fort important dans le maintien du tonus et de l'excitabilité du vague, en sécrétant et en mettant en circulation une substance vagonisante » qui se trouverait dans

(1) LAIGNEL-LAVASTENE. Des troubles psychiques par perturbations des glandes à sécrétion interne. *Rapport au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes*, Dijon, 1908

l'insuline. Et, schématisant, il ajoute : « *Le pancréas serait ainsi au pneumogastrique, ce que les surrénales sont au sympathique* ».

D'autre part, MM. JEAN LÉPINE et G. PARTURIER rapportent à la Société de Biologie (2 février 1924) un cas d'action favorable de l'insuline sur des paroxysmes anxieux chez un malade présentant un syndrome basedowien et une glycosurie de 7 g. 0/00, — 10 jours de traitement à l'insuline Byla ont suffi pour faire disparaître ce syndrome de BASEDOW. — Or dans le même ouvrage D. SANTENOISE rapporte une autre série de recherches d'où il ressort que « le pneumogastrique semble exercer sur l'appareil thyroïdien une action excito-sécrétoire », ce qui nous fournit quelques éléments pour tenter une explication de la guérison rapportée par MM. J. LÉPINE et G. PARTURIER : l'insuline agissant sur le goître basedowien par l'intermédiaire des vagues dont elle augmente le tonus tout en diminuant celui de l'orthosympathique.

Nous avons donc, là aussi, une action directe du système nerveux sur une glande endocrine, c'est un fait de plus qui vient contredire les opinions de PACHON et de GLEY rapportées plus haut.

Nous devons rappeler le schéma classique d'EPPINGER, FALFA et RUDINGER classant, de manière intuitive, comme vagotrope le pancréas, les parathyroïdes et les glandes génitales (testicules et ovaires) et comme sympathicotrope, les surrénales, l'hypothèse, surtout le lobe postérieur, et la thyroïde.

Pour ce qui est de l'ovaire, LAIGNEL-LAVASTINE con-

teste ce schéma faisant remarquer que les femmes hystérectomisées présentent une vagotonie qui est bien un syndrome vagal par insuffisance ovarienne, comment donc l'ovaire par sa présence peut-il produire cette vagotonie. Il faut remarquer d'ailleurs que les périodes prémenstruelles sont des périodes vagotoniques, surtout chez les femmes qui ont leur système nerveux excitable. Nous avons vu une anxiété et une angoisse extrêmes (vagotonie), avancer les règles de huit jours.

Quant à ce qui concerne l'hypophyse, nous rapporterons une communication de TINEL à la Société de Psychiatrie à la fin de 1924 sur l'action calmante de l'hypophyse et de l'insuline sur l'anxiété, se présentant chez des malades *sympathicotoniques*. L'hypophyse, comme l'insuline que nous venons d'étudier, provoquerait un état vagotonique, le R. O.-C. de nul était devenu positif. — Ce fait clinique est en complète contradiction avec le schéma rapporté plus haut, mais nous devons donner le pas au Fait sur la Théorie, et nous *considérerons* jusqu'à plus ample informé, *l'hypophyse comme vagotrope*.

Nous pourrions, avant de clore ce chapitre, parler de l'action de l'acétylcholine sur le vague. — Chez une de nos malades présentant un pouls de 80 avec un R. O.-C. de 80 à 66, nous avons vu, une demi-heure après l'injection d'une ampoule d'Acéchole, le pouls descendre à 72, et le R. O.-C. se maintenir : 72-60.

« Les propriétés physiologiques... de l'acétylcholine sont nombreuses et concordantes : *excitation vagale*,

excitation des fibres lisses, dilatation artériolaire, pouvoir hypotenseur et hypoglycémiant, excitation de la sécrétion externe du pancréas » (P. SCHIFF et J.-O. TRELLES).

D'aucuns pourraient s'étonner de ce qu'il soit parlé de la choline dans ce chapitre des glandes endocrines. C'est que cette substance se trouve dans beaucoup de préparations imparfaites de ces glandes, — et même dans certaines préparations très pures, — puisque MAURICE VILLARET et ses collaborateurs ont soutenu que les effets de l'angioxyl, hormone hypotensive du pancréas, préparation très pure isolée par KISTHISNIOS et PIERRE GLEY, seraient dus à des traces de choline qu'il contiendrait. Quoiqu'il en soit de cette impureté, SCHIFF et TRELLE rapportent à la Société de Psychiatrie (23 mars 1930) neuf observations sur dix où ils constatent de bons effets de l'angioxyl chez des mélancoliques anxieux ; MEIGNANT et COSSA rapportent également l'amélioration notable obtenue par le même produit chez deux anxieux *sympathicotropes*, et TINEL conclut : « ..Chez tous ces sujets l'angioxyl agit comme un remarquable *vagotinisant*, frénateur de l'excitabilité sympathique par action stimulante du vague... »

Ne perdons pas de vue que l'angioxyl provient de l'insuline dont on a retiré le facteur hypoglycémiant, nous connaissons déjà l'action de cet angioxyl avant de connaître son nom, par les recherches de D. SANTENOISE que nous avons rapportées.

§ 6. — Appareil génito-urinaire.

On ne saurait nier le rôle du sympathique dans la polyurie, la polyurie émotive en est un exemple, quant à l'anurie réflexe d'origine vagale, affirmée par Bazy, elle est niée par LEGUEU qui pense toujours à l'existence d'une lésion. — Les incontinenances d'urines, lorsqu'elles persistent, doivent faire penser à une lésion médullaire, car l'ablation du plexus solaire ou hypogastrique n'entraîne pas la persistance de l'incontinence ; les rétentions réflexes d'urines se voient dans les inflammations du bassin « avec algies douloureuses liées soient à une annexite, soit même à une appendicite ». Elles se voient aussi chez certains malades au moment où l'on voudrait examiner leurs urines, il suffit d'ouvrir un robinet à côté d'eux pour qu'ils puissent uriner. Citons le cas d'un de nos sujets dont les mictions s'arrêtent si quelqu'un s'approche de lui.

Enfin n'oublions pas les crises de coliques néphrétiques dont les douleurs comparables aux douleurs de la lithiase biliaire, comporte un élément d'excitation sympathique incontestable.

Deux plexus, en connection avec le segment médullaire D XII-S IV, le plexus mésentérique inférieur, et le plexus hypogastrique, président à l'innervation végétative des organes génitaux. — Le premier donne le système érecteur lombaire, et préside à la sensibi-

lité testiculaire ou ovarienne et des corps de la vessie et de l'utérus. — Le deuxième se résoud en plexus secondaires, plexus hémorroïdal, plexus prostatique et cavernaux, ou plexus utéro-vaginal et clitoridien

L'érection est un phénomène très complexe qui comporte des vaso-constrictions (artères et vessie innervées par le honteux interne), des vaso-dilatations (systèmes érecteur et sacré) et des phénomènes musculaires relevant également des systèmes honteux interne et érecteur sacré, — ces centres seraient en S II-S III.

Ce sujet est très complexe, car nous avons ici un facteur psychique d'une importance qu'on ne peut nier et, si on voulait le faire, les fétichistes nous en empêcheraient. — Quoique ces sujets soient la plupart des émotifs ou des anxieux, des douteurs, des phobiques, des obsédés d'impulsions, des psychasthéniques, nous ne les avons point particulièrement étudiés dans notre travail, tout simplement parce que nous avons tenu à nous cantonner dans l'étude des petits émotifs et des petits anxieux. — Cependant nous retrouvons chez nos malades ces mêmes troubles, mais plutôt sous forme d'inhibition que sous forme d'excitation, c'est l'émotion paralysant et empêchant l'érection, c'est l'impuissance par inhibition émotive bien connue, et susceptible de conduire, par sa répétition et par le mécanisme du réflexe conditionné de PAWLOW soit au fétichisme ou aux perversions sexuelles, soit à l'hypochondrie et à la neurasthénie.

N'oublions point les priapismes, c'est-à-dire la tendance à l'érection sans idée concomitante et corres-

pondante, le priapisme prostatique du matin par voie réflexe à départ vésical, est un des plus connus.

Chez les femmes, nous avons soit des frigidités, soit du vaginisme. — Frigidité soit par organopathie, atteinte médullaire tabétique avancée (1) par exemple, (nous la retrouvons chez l'homme pour les mêmes raisons), soit par atteinte toxique du sympathique, soit par non révélation..

N'oublions point les sympathalgies douloureuses pelviennes avec irradiation périnéo-scrotale, ou irradiation périnéo-vulvaire, évoluant sous forme de crises rebelles à tout traitement. — JABOULAY a attiré l'attention depuis longtemps sur le facteur sympathique dans ces névralgies pelviennes, en proposant d'agir directement sur les plexus, et TOURNIER écrivait : « Il existe une tension générale (de la puberté sensuelle féminine) qui est l'origine d'excitabilité vaso-motrice et cœnesthésique, et dont le point de départ est dans un état hyperesthésique des plexus nerveux du sympathique pelvien (ovaires, utérus, trompes, ligaments péri-utérins, rectum, coccyx, vulve) », et à propos du traitement : il « a non seulement constaté l'hyperesthésie des plexus nerveux utérins, ovariens, pelviens en général dans ces cas (de puberté) ; mais par un traitement dont il poursuit la technique depuis plus de vingt ans, de distension des filets nerveux des points douloureux accessibles, traitement inspiré des opérations de JABOULAY sur le sympathique, il a pu

(1) On sait qu'au début le tabétique est plutôt un excité sexuel.

modifier, d'ordinaire en une séance, cet état d'hyperesthésie et voir en même temps cesser complètement des sensibilités douloureuses à distance (foie, estomac, membres) et des troubles cœnestopathiques. » (1)

Enfin nous n'insisterons point sur les troubles sympathiques secondaires à la suppression physiologique, pathologique ou thérapeutique des fonctions endocriniennes, ovariennes ou testiculaires, — nous en avons parlé au paragraphe des glandes endocrines.

§ 7. — Système neuro-musculaire.

D'aucuns s'étonneront de voir ici un syndrome sympathique musculaire, il en est un cependant, c'est le *tremblement*. — Les muscles lisses reçoivent leurs excitations par les voies sympathiques, les fibres cardiaques de même. — Les muscles pilo-moteurs ont également une innervation sympathique. — Et les muscles striés de la vie de relation ? J. BÖKE (2) démontre par des faits morphologiques qu'ils ont une double innervation, spinale et sympathique, et D. DANIÉLOPOLU, A. RADOVICI et A. CARNIOL (3), par des preuves physiologiques, démontrent que l'innervation vé-

(1) C. TOURNIER. — Fragments. Editions du Laboratoire CIBA, 1930, p. 27 et 36.

(2) J. BÖKE. — Zeitschrift für mikr. anatom. Forschung 1927, vol. VIII, fasc. 3-4, p. 561 et 639.

(3) D. DANIÉLOPOLU, A. RADOVICI ET A. CARNIOL. — Réunion Roumaine de Biologie, *Comptes rendus*, 1922, t. I, p. 625 et suivantes.

gétative du muscle volontaire, est également double, ortho et para-sympathique. Le frisson du froid ou de la fièvre, le tremblement émotif et le tremblement basedowien, les tremblements toxiques, alcoolique, parkinsonien et de la sclérose en plaque ; l'inhibition et la maladresse des gestes de l'émotif, ne relevant pas d'une lésion cérébelleuse ou spinale, ne relèveraient-ils pas d'un trouble de l'innervation sympathique du muscle volontaire ? Nous venons de parler du Parkinsonien, c'est une pure hypothèse ; n'a-t-on pas homologué les noyaux striés encéphaliques aux ganglions sympathiques, et tenté même d'en faire le centre de réflexes émotifs (1) sinon le centre supérieur sympathique ? De même pour la sclérose en plaque, les lésions n'épargnent point le tractus intermedio-latéralis de STILLING-CLARKE, centre médullaire du sympathique, et de ce fait peuvent apparaître quelques troubles. — Mais ce sont hypothèses téméraires car ces tremblements, à l'encontre des tremblements émotifs, basedowiens et toxiques, comportent d'autres éléments tels que la rigidité qui en changent la physionomie et qui pourraient être d'une importance plus grande que le facteur sympathique. Cependant et à propos de la contracture musculaire, nous pouvons citer les travaux de DANIELOPOLU, RADOVICI et CARNIOL (2) qui concluent : « Le muscle possède une in-

(1) BUSCAIANO. — De l'expression physique des émotions. *Revista di Psicologia*, 1920, n° 2.

— Les centres encéphaliques des réflexes émotifs. *Revista di Psicologia*, 1920, n°s 3 et 4.

(2) Loc. cité.

nervation végétative double, les terminaisons parasympathiques augmentent le *Tonus*, les terminaisons sympathiques le diminuent. »

Nous voulons parler enfin du syndrome Claude-Bernard-Horner, nous l'avons cité en deux occasions, nous allons le préciser ici. — C'est un syndrome de paralysie du sympathique cervical, se traduisant par une physionomie clinique opposée à celle du basedowien : myosis, énophtalmie et de ce fait ptosis léger et rétrécissement de la fente palpébrale. En outre, et du même côté du visage, se présentent des troubles vaso-moteurs, rougeur et chaleur, et sécrétoires, hyperidrose, parfois de l'hypotonie des muscles de cette moitié du visage.

CHAPITRE III

Exploration

D'après tout ce que nous venons de dire, on se rendra compte qu'on ne peut, par un simple et rapide examen, apprécier le sens d'une dystonie, d'un déséquilibre vago-sympathique d'un malade. Il faudra rechercher et noter, appareil par appareil, chez ces malades *toutes* les manifestations cliniques qu'on croira pouvoir rapporter tant au système sympathique général, qu'à un système local, — ainsi les alternatives de constipation et de diarrhée pâteuse, les appétits instables avec alternative d'états nauséeux, digestions lourdes, et d'états euphoriques avec appétit excessif, — le tremblement avec les mains moites et les extrémités froides...

D'autre part, l'anamnèse aura donné le comportement antérieur de la dystonie ; se rappelant que ces malades sont parfois des instables, on ne sera pas étonné de ne pas trouver des résultats constants et concordants.

Nous ne noterons ici que des réflexes simples et faciles à interroger en clinique courante, ainsi nous ne parlerons pas de la recherche du métabolisme ba-

sal, de la glycosurie provoquée, de l'hémoclasie alimentaire, de la leucopénie...

Tous les réflexes ci-dessous doivent être recherchés sur le malade à jeun depuis la veille au soir. Un repas si léger soit-il modifie l'état du tonus vago-sympathique (CLAUDE, TINEL, D. SANTENOISE, Société de Biologie, 25 janvier 1922). Chez une femme, on évitera la période précédant les menstrues et leurs débuts. Enfin on mettra le malade en confiance, on lui évitera des émotions afin de n'avoir pas le « pouls du médecin », d'ailleurs le fait que le malade est facilement ému est à retenir comme signe d'instabilité du tonus vago-sympathique.

D'autre part, pour la recherche des réflexes dont la réponse est donnée par l'état du pouls, il serait préférable d'employer la méthode d'enregistrement graphique afin de pouvoir mieux en analyser tous les caractères, d'éviter toute erreur possible, et de pouvoir comparer les résultats. Nous regrettons de n'avoir pu le faire ici.

Réflexe oculo-cardiaque. — Le malade étant couché, on compte d'abord son pouls, puis on exerce une pression progressive sur les globes oculaires, assez forte pour occasionner une légère douleur — pression maintenue $1/4$ ou $1/2$ minute — point n'est besoin d'instrument qui, le plus souvent, impressionne le malade — et l'on compte le pouls pendant $1/2$ ou $3/4$ de minute. On peut noter en même temps son amplitude, l'état de la respiration... Ne pas compter au-delà car il peut se produire une activité cardiaque

compensatrice — ainsi a-t-on constaté une bradycardie pendant 30 secondes, il peut y avoir ensuite tachycardie compensatrice qui peut masquer le résultat.

Normalement, on a une diminution de 4 à 12 pulsations par minute, le réflexe est dit alors positif. Lorsque la diminution dépasse 12 pulsations par minute, le réflexe est dit fortement positif et le sujet vago-tonique. Lorsque le réflexe ne produit qu'une diminution minime, nulle ou au contraire une augmentation du nombre de pulsations par minute, le réflexe est dit nul ou négatif, et le sujet sympathotonique. La réponse de ce réflexe dépasse le territoire cardiaque, et l'on peut constater des modifications de la respiration, de la tension artérielle, des phénomènes vaso-moteurs, et même des mouvements digestifs et vésicaux (DANIÉLOPOLU, 1921), ce qui se comprend lorsqu'on connaît les voies anatomiques de ce réflexe. Elles sont sympathico-trijumales pour la voie centripète, et, pour la réponse, sympathico-pneumogastriques, et l'on comprend alors que la réponse se fasse dans tout le territoire de la X^e paire crânienne. De même, l'excitation peut se faire à partir d'un autre point du territoire trijunal, et nous avons ainsi les réflexes palato-cardiaque et naso-facial.

Réflexe palato-cardiaque. — Décrit par H. LOUGE dans sa thèse, le réflexe palato-cardiaque comporte deux modalités : le R. P.-C. orthosympathique et le R. P.-C. parasymphathique.

Pour rechercher le premier, il suffit d'exercer avec son doigt entouré d'une compresse, une pression sur

le palais, et lorsque le réflexe est positif, on a une augmentation du rythme cardiaque et une élévation de la tension artérielle. Il indique que le sujet est sympathicotonique. Pour la recherche du second, il faut par contre effectuer le grattage du palais, région médiane et intérieure, avec une pince entourée de coton, comme si l'on voulait le badigeonner avec une substance médicamenteuse. Si le sujet est vagotonique, on note une diminution de la tension artérielle et du rythme cardiaque, le réflexe est dit positif. Il faut prendre la précaution de ne pas toucher le voile du palais, ce qui provoquerait un réflexe nauséeux. Il est entendu que si l'on trouve des résultats inversés, les réflexes sont dits inversés, et le sujet au lieu d'être sympathicotonique est vagotonique et réciproquement.

Ce réflexe parcourt les nerfs nasopalatins et le ganglion sphéno-palatin et de là, d'une part, pour le grattage, emprunte les nerfs maxillaire supérieur (trijumeau) et vidien (glosso-pharyngien) pour parvenir au bulbe et avoir une réponse pneumogastrique, — d'autre part, pour la pression, nerfs vidien et carotidien, pour parvenir aux nerfs carotidiens et aux ganglions cervicaux supérieurs, et avoir une réponse cardiaque par l'intermédiaire du nerf cardiaque supérieur.

Réflexe naso-facial. — Pour le rechercher, on introduit dans les fosses nasales, jusqu'au méat supérieur, un tampon d'ouate monté sur un stylet. On voit se produire du larmolement, de la rougeur de la conjonctive et de la joue du même côté, une légère my-

driase bilatérale, ou l'exagération d'une anisocorie existante.

Lorsque le R. N.-F. est intense, la réaction vasomotrice s'étend au front, à l'oreille, gagnant l'autre côté de la face, le cou et la poitrine, réalisant l'érythème pudique. Les larmes sont abondantes, les sueurs apparaissent, le sujet est gêné, oppressé.

On peut noter en même temps les réactions respiratoires, celles de la tension artérielle qui s'élève, et du poulx. Le plus souvent, la réponse cardiaque est parallèle à celle du R. O.-C. (P. Emile WEIL et PHILIPPE), cependant des réactions émotives peuvent intervenir, modifiant les résultats, et les rendre apparemment discordants.

Ce réflexe, décrit par Paul-Emile WEIL, LÉVY-FRANKEL et JUSTER (Soc. de Biologie, 3 juin 1922), met en évidence la susceptibilité du sympathique facial (ganglion sphéno-palatin et ganglion géniculé). Les voies de ce réflexe sont : le Trijumeau, — son noyau, — le noyau du Lacrymal, — le noyau du Facial, — le ganglion géniculé, — le nerf vidien pour aboutir, d'une part, au cœur (plexus carotidien), et d'autre part, au ganglion de Meckel donnant la vasodilatation que nous venons de décrire.

Réflexe solaire ou abdomino-cardiaque décrit par ANDRÉ THOMAS et J.-C. ROUX sous le nom de « réflexe hypotenseur » (Soc. de Biol., mai 1914) et par REBOULLACHAUX dans sa thèse. Il suffit d'exercer une pression douce sur la région épigastrique jusqu'à ce que l'on sente les battements de l'aorte, sans cependant

comprimer celle-ci, de telle façon que le plexus solaire soit seul excité, et que n'intervienne aucun phénomène d'hydraulique sanguine thoraco-abdominale. Dans ces conditions, on mettra en évidence, chez les sympathicotoniques, une diminution d'amplitude du pouls constatée à l'oscillomètre de Pachon. Le réflexe est dit inversé et le sujet vagotonique, lorsqu'au lieu de diminution, on note des oscillations plus amples.

Raies vaso-motrices. — Il suffit de rechercher ces raies avec la tête d'une épingle, il se produit d'abord une raie blanche due à une vaso-constriction, suivie d'une raie rouge par vaso-dilatation. On notera l'intensité de ces deux raies et leur persistance. Cette intensité et cette persistance sont plus grandes chez les sujets dystoniques. La raie peut se surélever en réaction urticarienne, c'est là le dermatographe.

La région d'élection de ces raies vaso-motrices est le thorax au-dessus des seins, et pour le dermatographe, le dos et la nuque.

Enfin des réflexes vaso-moteurs peuvent être déclenchés à l'aide du froid (éther ou eau glacée), ou de la chaleur (bain chaud, épreuve de Babinski).

Réflexe pilo-moteur bien étudié par André THOMAS. — En promenant la tête de l'épingle pour la recherche de la raie vaso-motrice, on peut voir survenir dans son sillage une réaction pilo-motrice par excitation idiopathique. Les régions d'élections sont le thorax au-dessus des seins, et les faces latérales thoraco-abdominales.

Il est préférable de rechercher le réflexe généralisé, interrogeant ainsi tout le système. Une excitation générale telle que le froid — température de la salle d'examen lorsque le malade se déshabille ou encore l'évaporation de l'éther — le frôlement de la chemise enlevée, une excitation locale par pincement, malaxation, chatouillement du bord du trapèze, de la région axillaire, des flancs, provoque une réaction anserine généralisée, unilatérale et du côté excité, c'est la « chair de poule » des gens frileux. Se souvenir que la pilocarpine exagère ce réflexe ou le fait apparaître, les malades ayant reçu de la pilocarpine se plaignent d'être plus frileux.

Epreuves pharmacodynamiques. — Le sujet sera toujours examiné dans les mêmes conditions de repos et de jeûne. Les substances seront données soit *per os*, soit par voies parentérales, injections sous-cutanées de préférence à l'injection intraveineuse, qui peut exposer à des accidents toujours possibles. *Per os*, l'action est plus lente, il faut attendre de 45 minutes à une heure ; en injection sous-cutanée, la réaction se produit soit instantanément, soit de 20 à 30 minutes après.

Il serait préférable d'administrer des doses faibles qui, mieux que les doses usuelles, montrent la susceptibilité du vago-sympathique, si ces substances conservaient la même action quelles que soient les quantités employées. Mais ces examens sont déconcertants, car les résultats sont parfois différents et même contradictoires suivant les doses employées et

les moments de l'examen. Il est entendu qu'on ne saurait effectuer deux recherches pharmacodynamiques dans la même matinée. On interrogera les différents réflexes avant et après l'injection de la substance, et, d'autre part, on notera toutes les réactions tant physiques que psychiques présentées par le sujet.

Injection d'Adrénaline à 1 0/00 (1/4 ou 1/2 cc.).

Injection de Sulfate d'Atropine (1 mmg.). Nous avons employé de préférence de la *Génatropine*.

Ces deux substances sont données comme sympathicotropes, cependant, et d'après D. DANIELOPOLU et ses collaborateurs, ces substances, à petites doses, (1 cc. d'une solution d'Adrénaline à 1 pour 500.000 et de 1/20 à 1/4 d'Atropine), ont des effets vagotropes — les doses usuelles d'Adrénaline excitent les deux systèmes avec prédominance sur le sympathique — et l'Atropine paralyse le vague. Ces deux substances diminuent ou annulent le R. O.-C. et font apparaître le R. S.

Injection de 1 mg. de Salicylate d'Esérine — ou mieux de *Génésérine* non toxique. — Cette substance, après une légère et précoce phase d'excitation du sympathique — durant de 5 à 10 minutes — produit une hypervagotonie forte et prolongée avec R. O.-C. très positif et durant près de deux heures. Action surtout cardio-vasculaire.

De même, la *Pilocarpine* (2 à 5 mg.) est donnée comme vagotrope. D'abord une première phase d'excitation du para-sympathique avec salivation et R. O.-C. positif, d'une durée de 5 à 6 minutes, et suivie secondairement d'une sympathicotonie avec apparition du

R. S. et diminution du R. O.-C. ; sudation et réaction ansérine. Cette deuxième phase est plus longue. (1)

Toutes ces substances sont en réalité amphotropes, elles agissent sur l'ensemble du système, en se portant plus particulièrement sur l'une ou l'autre partie, selon leur susceptibilité spéciale.

(1) H. CLAUDE, TINEL ET D. SANTENOISE. — Société de Biologie, 23 Décembre 1922.

DEUXIÈME PARTIE

L'Emotif et l'Anxieux

CHAPITRE PREMIER

L'Émotif

La Constitution émotive

C'est ERNEST DUPRÉ qui, le premier, précisa la notion des constitutions psychopathiques, parmi lesquelles il distingue la constitution émotive : « J'ai proposé, depuis près de 10 ans, d'individualiser, sous le nom de *Constitution émotive*, un mode particulier de déséquilibre du système nerveux, caractérisé par l'éréthisme diffus de la sensibilité générale sensorielle et psychique, par l'insuffisance de l'inhibition motrice, réflexe et volontaire, et se traduisant par des réactions anormales dans leur degré, leur diffusion, leur durée, leur disproportion avec les causes qui les provoquent. » C'est ainsi qu'il définit d'une façon concise et substantielle l'émotif constitutionnel.

Un émotif est donc un individu qui est « ému » d'une façon disproportionnée avec la cause. Mais les causes d'émotion jouent pour tout le monde et le fait de se présenter à un supérieur, dans l'armée par exem-

ple, ou devant un patron dans le civil, est une chose banale et sans conséquences selon le motif de la visite. Cependant nous avons tous vu dans notre entourage des jeunes gens qui, dans ces circonstances, ne peuvent s'empêcher d'avoir un tremblement perceptible des mains, leur front devient moite, la langue pâteuse, puis le cœur bat plus fort à coups assourdis, et parfois même une sensation de constriction douloureuse dans la région cardiaque, les prend. Cependant, instruits, intelligents, ils essaient de réagir, ils s'efforcent de sourire, le fait de tourner un papier masque le tremblement, et ayant « repris des forces », ils se présentent. Examinez le visage de l'émotif : ses yeux paraissent saillir hors des orbites, les paupières sont grand'ouvertes, les pupilles sont dilatées, le regard est hagard, il n'ose soutenir celui de l'interlocuteur, l'adversaire redoutable ; il est pâle, blême, ou parfois rouge. Ses narines battent, sa bouche est entr'ouverte et comme hébétée. Il parle, mais sa parole est mal assurée, il ne trouve pas facilement ses mots, prononce l'un pour l'autre, répète une ou deux fois le même, comme pour se donner le temps de se ressaisir, sa langue bredouille, il balbutie, il bégaye. Ses idées ne sont plus claires, non seulement il ne trouve plus l'expression, mais il ne sait plus ce qu'il doit dire, c'est un brouillard devant les yeux. Toutefois, cela ne dure que quelques secondes. Il s'est vite repris, sa voix redevient plus ferme, le bégayement a disparu, il sait ce qu'il veut et il parle mieux, mais tout de même, son interlocuteur qui l'a mis en confiance observera encore, quoique d'une façon plus

discrète, ces phénomènes que nous venons de décrire, un tremblement imperceptible des mains, une légère moiteur perlant sur le front, un bégayement intermittent.

Nous venons de décrire une petite réaction émotive survenant chez un de ceux qui nous entourent. Mais ces réactions sont variées autant dans leurs éléments que dans la réunion de ceux-ci, et cela peut se concevoir aisément.

La réaction émotive est un réflexe dans la chaîne des phénomènes physiologiques, un réflexe complexe parce qu'il met en jeu un grand nombre d'éléments divers. C'est un réflexe, c'est-à-dire une réponse de l'organisme à une action extérieure, comme l'amibe qui rétracte ses pseudopodes, ou la grenouille qui retire ses pattes au contact d'une solution caustique. C'est la réaction de l'individu à tout ce qui touche à sa conservation ou à celle de l'espèce.

Remontant dans la série des êtres vivants, depuis la monère jusqu'au vertébré supérieur, nous rencontrons une complexité de plus en plus grande dans la constitution des organismes. « On trouve qu'à l'état de simple masse protoplasmique la matière vivante est déjà irritable et contractile, qu'elle subit l'influence des stimulants extérieurs, qu'elle répond par des réactions mécaniques, physiques et chimiques. A mesure qu'on s'élève dans la série des organismes, on voit le travail physiologique se diviser. Des cellules nerveuses apparaissent, se diversifient, tendent à se grouper en système. En même temps, l'animal réagit par des mouvements plus variés à l'excitation extérieure...

Chez les vertébrés supérieurs, la distinction devient sans doute radicale entre l'automatique pur, qui siège surtout dans la moelle, et l'activité volontaire, qui exige l'intervention du cerveau. » BERGSON ici (1) envisage la perception qu'il étudie dans sa formation. De cette perception consciente il fait naître la sensation. « ...La nécessité de l'affection découle de l'existence de la perception elle-même. » (Loc. cit., p. 48.)

Ainsi donc nous pouvons comprendre l'affectif parmi les éléments qui constituent la complexité d'un organisme supérieur, et le « réflexe émotif » est le réflexe par excellence qui utilise le domaine affectif. Nous pouvons à présent citer la définition d'HARTENBERG : « L'émotivité anxieuse peut être considérée comme l'émotion défensive par excellence, une révolte instinctive du Système nerveux qui avertit ou protège l'organisme en présence d'une menace, d'une altération, d'un péril. » Le stimulus causal affecte l'âme, l'ébranle plus ou moins, donnant ainsi l'émotion. « L'émotion, dit Ribot, est, dans l'ordre affectif, l'équivalent de la perception dans l'ordre intellectuel ». La réaction émotive est la réponse de l'affectif excité.

Ce réflexe existe chez l'homme normal, mais il est proportionné et adéquat à la cause. Cet homme, un « émotif moyen », réagit selon les besoins, selon les buts à obtenir, selon les intérêts en cause, selon ses capacités et ses connaissances ; un moment ébranlé ; il se ressaisit vivement et reste maître de ses mouvements.

La colère, la peur, le désespoir, le découragement,

(1) H. BERGSON, — Matière et Mémoire, p. 14-15.

comme la joie, l'espérance, etc..., sont des formes différentes de l'émotion, nous n'insisterons pas sur elles. Ce sont des réponses aux *stimuli* émotionnels, ainsi un même fait produit chez l'un la colère, et chez l'autre, le désespoir et la résignation.

Chez nos malades, ce fait produit une émotion intense qui n'entre dans aucun des cadres des émotions signalées quoique empruntant à chacune d'elles. Cette émotion est disproportionnée d'avec la cause, et la réaction est inadéquate au but à obtenir. L'hyperémotif réagit trop ; une cause produisant ordinairement une émotion minime provoque chez lui un très gros ébranlement de tout l'organisme. Que dis-je ? Mais la simple représentation, la crainte d'une émotion à venir, peuvent suffire... Mais n'anticipons pas, nous reviendrons sur cette crainte en parlant de l'anxieux.

Si une émotion, minime chez d'autres, est capable de produire un si gros ébranlement, que seront donc les réponses à un choc émotionnel d'intensité moyenne, ou à une grande émotion ? À vrai dire, pour lui, toutes les émotions quelles qu'elles soient, sont intenses ; ce sont toutes de grandes émotions. Alors l'émotif devient complètement désemparé. Il ne peut plus être maître de ses réactions, au contraire, ce sont elles qui le mènent — et elles sont désordonnées, anarchiques, diverses en nature et en intensité, selon les sensibilités diverses des différentes parties de son organisme — elles le poussent à agir d'une façon illogique absurde et, bien souvent, contraire à son intérêt ou à l'intérêt en cause.

L'enfant normalement est hyperémotif, il présente une réfectivité exagérée à tous les modes, comme si, pour répondre à une excitation, pour accomplir un geste quelconque, l'enfant ébauchait plusieurs actions possibles sans pouvoir les exécuter. Cette réfectivité exagérée, cette diffusion du mouvement, iront en diminuant à mesure que se développeront les voies d'inhibition qui canaliseront ces actions ébauchées en une réponse unique, adéquate et proportionnée à la cause.

Les causes provoquant une réaction émotive demeurée, sont nombreuses et variées. On peut les grouper en évènements imprévus et soudains qui surprennent le sujet, et en évènements attendus, mais d'une importance notable. Dans le premier cas entrent les bruits soudains, l'arrivée d'une dépêche, une bonne ou une mauvaise nouvelle apprise sans préparation.. Dans le deuxième cas, c'est le fait de vaincre une difficulté tel que de se présenter à un supérieur, de parler à une femme, de se préparer à une opération chirurgicale bénigne... Nous retrouverons au cours de nos observations quelques exemples typiques.

Quelles sont les réactions que ces causes provoquent ? Nous avons dit qu'elles sont nombreuses et variées, nous les répartirons en manifestations physiques, somatiques et en manifestations psychiques.

§ 1. — Signes physiques

Qu'on nous permette pour les manifestations somatiques, de citer cette page d'ERNEST DUPRÉ, si con-

cise et si complète qu'on ne pourrait mieux faire :
« Les signes physiques sont les suivants : vivacité diffuse de la réflexivité tendineuse, eutanée et pupillaire ; *hyperesthésie* sensorielle, avec réactions motrices vives, étendues et prolongées, principalement dans les domaines mimique et vocal ; *déséquilibre moteur* : spasmodicité viscérale, pharyngo-œsophagisme, gastro-entérospasme, cystospasme avec pollakiurie, palpitations. Tremblement émotif, sous ses multiples aspects : trémulation des extrémités, tressaillements, tressautements, sursauts, frissonnements, claquement des dents, bégaiement ; myoclonies passagères, tics, etc... *Inhibitions fonctionnelles* et impotences motrices transitoires : dérochement des jambes, mutisme, relâchement des sphincters. *Déséquilibre circulatoire* : tachycardie occasionnelle, souvent permanente et paroxystique ; instabilité du pouls. Alternatives de vaso-constriction et de vaso-dilatation périphérique ; dermatographisme. Les rapports de ces troubles circulatoires, principalement de la tachycardie permanente, dont la guerre a multiplié les exemples, avec certaines formes d'hypertension artérielle, restent à déterminer, surtout chez des sujets indemnes d'artério-sclérose et de lésions rénales. *Déséquilibre thermique* : variations objectives, appréciables à la thermométrie locale, et sensation subjective de chaleur et de refroidissement, principalement aux extrémités. *Déséquilibre glandulaire* : variations, spontanées et provoquées par les chocs émotifs, des sécrétions sudorale, salivaire, lacrymale, gastro-intestinale, urinaire, génitale, biliaire. *Troubles de la ré-*

flectivité intervésicale ; par association dans le domaine des grands appareils de spasmes, de troubles sécrétoires, d'excitation ou d'inhibition fonctionnelle, déterminés par des réactions réflexes anormales, s'exerçant d'un organe sur un autre, le long des voies vago-sympathiques ou cérébro-spinales » (1)

On reconnaîtra dans cette peinture somatique de l'émotif, un déséquilibre du système vago-sympathique tout entier. Ce tableau présente les manifestations physiques que l'on rencontre dans une réaction hyperémotive, non pas toutes réunies, Dieu merci, mais combinées entre elles selon les susceptibilités individuelles, et chez chaque individu, selon les susceptibilités des différentes parties de l'organisme. Mais dans le comportement habituel de l'émotif, en dehors des crises, nous voyons encore évoluer le déséquilibre vago-sympathique — ce sont les alternatives de diarrhées et de constipations, ce sont les extrémités moites en été, la sueur perlant sur le front au moindre effort, le pouls instable, l'appétit capricieux... enfin toutes les manifestations de la susceptibilité sympathique selon les territoires, et que nous avons vues dans la première partie.

En plus de ce déséquilibre physiologique, en ce sens qu'on ne trouve à l'examen aucun signe lésionnaire, on trouve parfois des altérations organiques bien souvent secondaires telles que la dilatation de l'estomac.

Ajoutons que ces hyperémotifs peuvent être sujets

(1) ERNEST DUPRÉ. — Pathologie de l'Imagination et de l'Emotivité, p. 491.

aux chocs colloïdoclasiques, qu'ils font facilement des urticaires, le dermatographisme qu'ils présentent en est une preuve. Ce sont des insuffisants hépatiques, présentant de petits nœvi, de petits angiomes symptomatiques. HECKEL, médecin gastro-entérologiste, signale dans l'hérédité des émotifs ce qu'il appelle les syndromes majeurs nutritifs, les « maladies de la série arthritique de BOUCHARD : le diabète, la goutte, l'obésité, l'asthme, la migraine, les calculs du rein et du foie, la petite gravelle, la lithiase de l'intestin, les hémorroïdes, l'urticaire, l'eczéma, le psoriasis, etc.. » (1). Cela n'est point fait pour nous étonner, car la plupart des maladies de cette série « neuro-arthritique » ne relèvent-elles pas de la pathologie du vago-sympathique, ou mieux du système organo-végétatif ? (car, ne perdons pas de vue que nous nous cantonnons dans une partie du territoire organo-végétatif, que nous laissons hors de notre étude les glandes endocrines qu'il ne faut point oublier). Nous pourrions donc réunir dans une même synthèse familiale, tous les déséquilibrés organo-végétatifs, comprenant une série de membres à tendance neuro-arthritique, et une autre, à tendances psychopathiques tels que ceux que nous étudions.

Même le diabète sucré sur lequel d'aucuns pourraient nous reprendre, n'est-il pas lié à une déficience de la sécrétion interne pancréatique ? et nous avons vu dans la première partie les relations qui réunissaient le pneumogastrique à cette sécrétion, or rien ne nous défend d'admettre, par cet intermédiaire

(1) HECKEL. — La Névrose d'Angoisse..., p. 187.

re, une relation quelconque entre le diabète et la susceptibilité neuro-végétative, et partant, entre le diabète et les troubles psychiques des émotifs et des anxieux. Ce n'est que simple hypothèse pour tenter de justifier une théorie, et l'observation clinique seule, en étudiant le psychisme des diabétiques, et des neuro-arthritiques en général, pourrait confirmer ou infirmer notre hypothèse.

Cependant je veux rapporter ici, à l'appui de cette manière de voir, une observation de Heckel — d'un homme de 43 ans, père d'un enfant âgé de 12 ans et atteint d'un diabète infantile ; l'enfant présente un « nervosisme exagéré », et le père, grand émotif, présente un état de névrose d'angoisse paroxystique. A quelques temps de là, le père, à la suite de son fils qui l'avait précédé dans cette voie, présenta lui-même un diabète sucré.

Les auteurs qui ne s'occupent que de la pathologie hépatique, ont nié la réalité de l'« ictère émotif ». Notre expérience personnelle ne nous permet pas de conclure ; cependant si dans cette série de syndromes majeurs nutritifs, sont comprises la cholémie, la cholestérinémie et la lithiase biliaire, et si d'autre part l'émotif présente des spasmes des muscles lisses, on nous accordera qu'un émotif qui soit à la fois cholémique, cholestérinémique et lithiasique, puisse, à l'occasion d'une émotion, faire un « ictère émotif » par suite du spasme vésiculaire émotionnel. Ce n'est pas l'émotion qui produit l'ictère, mais c'est à l'occasion de la réaction émotive que, toutes conditions

effectives étant réunies, l'ictère a pu se produire, l'émotion joue le rôle de cause occasionnelle. Par ailleurs, lorsqu'on se trouve devant un cas d'ictère émotif, on ne se contentera pas de cette étiquette simpliste, et si l'on ne néglige pas les examens nécessaires conduisant au traitement de l'état hépatique, on pensera à traiter également l'état d'esprit et le déséquilibre nerveux.

§ 2. — Réactions psychiques et état mental de l'émotif.

L'ébranlement émotionnel, outre le domaine somatique, atteint, *à fortiori*, le domaine psychique : l'affectif et l'entendement.

L'émotif est alors désorienté, obnubilé, il semble se trouver en période de confusion mentale. Ses idées, ses concepts, ses représentations volontaires fuient devant sa conscience égarée, il n'est plus capable de produire un raisonnement logique quelconque, il n'est plus maître de ses souvenirs, et ne peut plus faire appel aux connaissances dont il aurait besoin, sa mémoire est déficiente. Cependant ce n'est que d'une façon apparente qu'il est désorienté, car il sait où il est, il reconnaît ceux et ce qui l'entourent, ... ce n'est qu'une *inhibition psychique* momentanée, une anidation quasi complète. Néanmoins, il ne faut pas croire que son psychisme soit vide, l'imagination libérée du contrôle de la conscience, se donne libre cours, et, comme dans la confusion onirique, les images les

plus fantastiques se déroulent en son esprit, et toutes se rapportent au fait en cours, lui représentant toutes les conséquences qui en peuvent découler. Le désarroi mental est tel que l'hyperémotif perd le contrôle de lui-même, son auto-critique, il n'est plus maître de sa volonté. Ce désarroi se retrouve dans le domaine affectif, aucun sentiment ne subsiste, tous sont subordonnés à l'émotion. Elle pénètre, imprègne et colore tous les états de conscience antérieurs, acquérant de ce fait une intensité plus grande comme l'a si bien montré BERGSON. (1)

Ce nouvel état psychologique a, presque toujours, un caractère pénible et douloureux, pénible parce que l'individu a conscience de son état extra-normal, de ses réactions somatiques et de son désarroi psychique, il sait et sent que cela lui est contraire et funeste ; cet état est douloureux parce qu'il souffre de se trouver ainsi, et à cette douleur vient parfois, pour l'exacerber, s'ajouter les douleurs de l'angoisse.

Non seulement les sentiments ne subsistent plus que colorés de cette teinte pénible et douloureuse par l'émotion ressentie, mais encore la table des valeurs est renversée. Toutes les notions, tous les sentiments, les opinions et préjugés en cours n'ont plus pour lui la même valeur, c'est le désordre le plus grand ; les concepts moraux, l'Honneur, la Religion, la Famille, la Société, l'Armée, le Monde, l'intérêt matériel ou l'intérêt de la famille, plus rien ne subsiste, plus rien

(1) HENRI BERGSON. — Essai sur les données immédiates de la Conscience, Chapitre I^{er} de l'Intensité des états psychologiques.

n'est admis à moins qu'il ne soit en conformité avec l'émotion suscitée ; et par conséquent plus de liens, plus de retenue, plus de bride morale ou religieuse, plus de raison.

Dans ce désarroi mental, n'étant plus maître de son corps ou de ses gestes, ni de son jugement ou de ses sentiments, l'individu se cramponne à la dernière image qui passe en son esprit, et se résoud à la dernière action qui lui paraît possible et plausible : la fuite.

Le désespoir produit aussi une inhibition, mais elle diffère de l'inhibition de l'hyperémotif ému, c'est plutôt une résignation, c'est-à-dire la décision de ne pas agir, c'est une passivité voulue, qu'importe la raison de cette décision ; tandis que l'inhibition émotive est une sorte de confusion, une perte, momentanée il est vrai, de la décision, une passivité absolue.

La peur et l'épouvante sont données comme parmi les manifestations hyperémotives. I y a fuite et désertion, c'est le refus de la lutte. Cependant nous nous refusons à voir de l'émotivité dans toutes les formes de la peur ; l'émotif est poltron, mais il n'est pas couard, ni lâche ; il fuit sans savoir ce qu'il fait, regrettant par la suite son action, et non pas comme le lâche qui fuit le danger pour mettre en sécurité sa précieuse personne, et qui alors saura prendre les précautions nécessaires pour se sauvegarder, tandis que l'émotif, au contraire, se laissera prendre de suite. La fuite du lâche est raisonnée, la fuite de l'émotif est inconsciente.

Il court au loin, hagard, éperdu, portant au dedans

de lui son ennemi. Une main de fer invisible lui étreint le cœur, la gorge, l'estomac, l'arme dans la plaie, d'elle-même, se tourne et se retourne, labourant la chair meurtrie. C'est là la fuite réelle, mais plus souvent c'est une simple fugue. Le malade sort de chez lui, allant où ses pas le portent, droit devant lui, il marche jusqu'à ce que la fatigue le terrasse et le jette à terre. Parfois, sur son chemin, il rencontre une rivière, une hauteur, et l'idée du Néant le hante. C'est encore une fuite cela, c'est une lâcheté lui dit sa conscience, mais qu'importe, il fait si bon de ne plus exister, d'être étendu, dormant son dernier sommeil et ne souffrant plus. Plus rien ne le retient sur terre, morale, religion, famille, enfants, etc..., plus rien de tout cela..., il fait un pas et il tombe.

Le suicide émotif est une réaction très commune et très connue. LOGRE, médecin de l'Infirmierie spéciale de la Préfecture de Police de Paris, où les suicidés que l'on sauve à temps sont dirigés, rappelaît dernièrement en un court article, dans le *Bulletin Médical*, le suicide émotif, et l'opposait au suicide mélancolique. C'est que le suicide émotif n'a pas la forme d'une réflexion et d'une décision que revêt le suicide mélancolique. Ce n'est pas un suicide prémédité, voulu, obstiné, le suicide émotif est impulsif, s'il n'est pas accompli sur l'heure, il ne se produira plus... jusqu'à la crise suivante. Parfois, un court raisonnement peut donner à cette manifestation ultime, une apparence de justification, une apparence de raisonnement, une apparence de logique, mais ce n'est qu'une « logique des sentiments » et, qui plus est, de sentiments

ébranlés, désaxés, « dévalorisés » par l'émoi intense ressenti.

Nous avons essayé de décrire là les réactions psychiques d'une grande crise émotive. Il n'en est pas toujours ainsi, entre l'« émotif moyen », entre l'homme (supposé) normal et l'hyperémotif, se placent par graduations insensibles tous les petits émotifs et petits hyperémotifs qui nous entourent et que nous côtoyons chaque jour. Leurs réactions émotives peuvent ne se manifester que par une légère tachycardie, un tremblement imperceptible, de la moiteur des mains et du front, un léger bégaiement, une obnubilation légère et fugace, c'est l'exemple que nous avons rapporté en tête de ce chapitre. Bien souvent, soit par suite du peu d'intensité de l'émoi et de la force de caractère, soit par l'aide des paroles réconfortantes de l'interlocuteur, de la famille, d'un médecin, de quelqu'un qui « l'a compris », la crise émotive de notre sujet tourne court et avorte.

Souvent l'émotivité est liée à d'autres états psychopathologiques constitutionnels, nous en rencontrerons dans nos observations. ERNEST DUPRÉ cite l'association de la constitution émotive avec le « déséquilibre de l'affectivité et de la volonté », avec la cyclothymie (cf. ici l'observation XI), avec l'hystérie.

Nous n'insisterons pas sur ces associations, ce qui nous entraînerait hors de notre sujet, et nous nous permettrons de renvoyer le lecteur au beau livre de DUPRÉ (1). Cependant un mot sur l'hystérie. L'Observa-

(1) ERNEST DUPRÉ. — Loc. cit. p. 251.

tion III montre une jeune fille présentant des crises hyperémotives qui ont été étiquetées crises hystériques. Il ne faut pas méconnaître l'existence de l'émotivité et appeler hystériques ce dont nous ne pouvons percevoir le pourquoi ni le comment. On doit savoir diagnostiquer l'émotivité de l'hystérie.

Un mot encore sur l'émotivité qui se rencontre chez l'homme intelligent. L'émotivité est très compatible avec une intellectualité élevée. Les exemples que nous pourrions citer dans l'histoire sont nombreux, depuis le « Tu trembles, carcasse... » de Turenne jusqu'à Sully-Prud'homme, Mozart et Chopin. J.-J. Rousseau est donné comme possédant une sensibilité extrême, et Pascal lui-même était un émotif anxieux. La dernière guerre nous a révélé des émotivités latentes autant chez les hommes de troupe que parmi nos officiers, et ceux-ci ont fait merveille. L'Association de l'Emotivité et de l'Ethique, comme le rapportent ACHILE DELMAS et MARCEL BOLL, et MAURICE DE FLEURY, font accomplir à l'homme les plus belles actions.

« Les émotions résultent de la représentation mentale d'états agréables ou pénibles ; elles sont par conséquent d'autant plus fortes qu'elles renferment un plus grand nombre de sensations actuelles ou naissantes, propres à rappeler ces états. Il résulte de là que plus les associations sont nombreuses, plus intense peut être l'émotion qui, considérée dans ses formes normales, est proportionnée au développement intellectuel » (1). Ainsi donc l'émotivité, cette faculté de l'affectivité de réagir, et par conséquent de sentir, de

(1) CH. FÉRÉ. — La Pathologie des émotions,

vibrer plus intensément, si elle est secondée par un esprit cultivé et intelligent, devient génératrice de productions artistiques, musicales et littéraires, et nous cotoyons bien de grands esprits à sensibilité si fine et si délicate, que nous osons à peine prononcer le mot « hyperémotif » ; si bien que M. FOURCADE, dans sa thèse, a pu écrire : « L'émotif n'est pas un individu d'un niveau intellectuel inférieur, et l'émotivité est surtout l'apanage des gens intelligents. Plus que les autres, peut-être, ils sont capables de tous les modes de l'activité intellectuelle ; et quoique leur intelligence soit l'humble enclave de leurs sensations... ». Pour lui, l'émotivité ne se retrouve pas chez le débile, ou plutôt avec d'autres caractères. Ce n'est point notre avis. La faculté de réagir intensément peut appartenir à n'importe quel homme, et nos observations en apportant la preuve, la culture et l'éducation ne font que donner une forme à cette émotivité.

Qu'on nous permette, pour clore ce paragraphe, sur l'association de l'émotivité et de l'intelligence, de citer ces quelques lignes de BERLIOZ, rapportées par HYVERT dans sa thèse : « Aller chez TALMA est pour le jeune BERLIOZ presque impossible : « En approchant
« de sa maison, je sens un battement de cœur de
« mauvais augure. J'arrive, à l'aspect de la porte, je
« commence à trembler ; je m'arrête sur le seuil dans
« une incroyable perplexité. Oserai-je aller plus
« avant ? Renoncerais-je à mon projet ? Deux fois je
« lève le bras pour saisir le cordon de la sonnette,
« deux fois mon bras retombe... Le rouge me monte
« au visage, les oreilles me tintent, j'ai de véritables

« éblouissements. Enfin la timidité l'emporte et, sa-
« criant toutes mes espérances, je m'éloigne ou plu-
« tôt je m'enfuis à grands pas. » Cet exemple illustre
à merveille les schémas que nous avons tracés.

En dehors de ses crises émotives, dans son comportement habituel, l'hyperémotif peut être normal. Il l'est aux yeux du commun. Cependant, regardez-le agir, il semble être sur un qui-vivé perpétuel. Il sur-saute au moindre bruit, à la moindre approche étrangère, au moindre incident dont il redoute des conséquences énormes. Quoiqu'il fasse, quoiqu'il entreprenne, son émotivité réagira toujours fortement. Il deviendra timide, aboulique, n'osera plus rien entreprendre, redoutera tout changement et se cantonnera dans une vie calme, réglée. Bien des émotifs sont ainsi méconnus, leur vie commune, sans heurt et sans émotion au milieu de la famille, convient à leur émotivité subnormale ; mais que survienne un choc, au traumatisme psychique ou physique imprévu, le terrain émotif se révélera, malgré même le peu d'intensité de ce choc émotionnel.

Cependant nous trouverons des personnes dont l'émotivité se révèle dès le jeune âge, et un esprit averti le retrouvera toujours chez les malades qui se présentent. Ce ne sont pas nécessairement des enfants choyés, dorlotés, élevés « dans du coton ». Cette sorte d'éducation produit plutôt des enfants « gâtés et pourris », enfants despotes... Mais bien souvent ce sont les coups, les mauvais traitements, les reproches amers, les réprimandes, etc..., qui sensibilisent un ter-

rain prédisposé. Nous reviendrons là-dessus au chapitre de l'étiologie.

Enfants, ils sont craintifs, timides, impressionnables, délicats, affectueux et ayant besoin de tendresse. Ils jouent peu avec leurs camarades, ne se mettent jamais en vedette, obéissent mais ne commandent pas, ils pleurent et ne savent pas se moquer des autres. Très sensibles, un rien les touche, une caresse les rend confiants, un regard dur les fait sangloter. Ils ne sauraient vivre loin des êtres qu'ils aiment, de leurs parents, la pension leur fait peur comme tout ce qui doit changer leurs habitudes. Plus tard, ces tendances s'affirment et se précisent. La timidité ne se manifeste que devant les supérieurs ou la gent féminine. Il leur faut une carrière simple, sans trop d'embarras, sans trop de responsabilités. Ah, les responsabilités, voilà ce que redoutent les hyperémotifs ! Ils ont toujours peur de mal faire, ils sont très scrupuleux, très consciencieux. Parfois, ils entreprennent quelques affaires, mais alors ils passent des journées d'enfer, il leur faut faire démarches sur démarches, surmonter leur timidité, assumer des responsabilités, prendre des décisions, et à chaque fois le cœur bat, les mains tremblent, la langue bredouille, c'est la polyurie ou la diarrhée émotive, c'est la gorge, le cœur ou l'estomac qui se serrent. Ce sont les idées, les paroles, les mots que l'on avait préparés et qui, tous, s'envolent et font défaut au moment où l'on en aurait besoin. C'est une vie intenable. Au début, l'hyperémotif n'arrive pas à l'accomplissement de sa volonté, ce n'est qu'ensuite qu'il ne peut plus vouloir,

il devient aboulique, et pourtant il voudrait vouloir, et alors vous le surprendrez employant la méthode Coué, ou bien achetant des livres d'éducation de la volonté.

Ces efforts d'éducation restent malheureusement sans résultat et la volonté est encore déficiente. Ils arrivent ainsi, peu à peu, à douter d'eux-mêmes, de leur possibilité d'action, de leurs forces. Ils se sentent diminués, incapables, impuissants, « infériorisés »... en un mot incomplets. Nous avons là les sentiments d'incomplétude, les sentiments d'incapacité, d'infériorité, etc..., décrits par PIERRE JANET chez les Psychasthéniques.

Les Hyperémotifs sont, ou deviennent, des Psychasthéniques. Il ne leur manque pas cet élan vital de BERGSON, cette tension psychique de PIERRE JANET, mais cette élan vital, cette tension psychique leur fait défaut au moment où ils en auraient le plus besoin. Ce n'est pas la bonne volonté qui leur fait défaut, leur désir est grand, mais, et toujours, l'émotion suscitée par la réalisation du désir, empêche celle-ci en arrêtant tout geste et en inhibant toute idée directrice.

L'Hyperémotif a commencé à vivre paisiblement, étant de temps en temps fortement impressionné. Mais la répétition de ces émotions pénible et douloureuses, et fort souvent désastreuses quant à leurs conséquences sociales, crée un état de malaise et de crainte, joint à l'aboulie et aux sentiments d'incomplétude décrits plus haut. L'émotif alors va redouter l'avenir comme déjà il a redouté toute action par crainte de

mal faire et de ne pas réussir, comme il redoute tout changement de position par crainte d'un effort à accomplir, et par conséquent, d'une preuve de plus de son incapacité à faire face au nouvel état social.

Et chaque fois qu'en son esprit cette crainte reviendra, suscitant une image, une représentation : l'effort à accomplir, l'action à entreprendre..., cette crainte, ou plutôt cette image, cette représentation suffiront pour provoquer à leur tour l'émotion avec toutes ses conséquences que nous avons déjà vues, désordre affectif et intellectuel, réactions physiques signant le désordre vago-sympathique, douleurs d'angoisse. Cette émotion qui a pour axe de support une crainte d'un malheur imminent et qui est colorée douloureusement, constitue l'Anxiété.

CHAPITRE II

L'Anxiété

Les Etats anxieux

§ 1. — **Signes psychiques.**

Nous venons de glisser insensiblement de l'émotivité à l'anxiété. L'anxiété est intermittente chez l'émotif, et cela pourrait nous faire croire que l'anxiété n'est que notre émotion affectée d'un coefficient supérieur. C'est ainsi que beaucoup d'auteurs conçoivent un même état d'intensité différente, qu'ils nomment par ordre de progression géométrique ascendante : inquiétude (réaction émotive), anxiété, angoisse. Ce ne serait qu'une différence de quantité.

Le Larousse du xx^e Siècle porte au mot Angoisse : « L'angoisse représente le degré extrême et permanent de l'émotion, dont l'anxiété est la phase de passage » — et au mot Anxiété : « Anxiété, angoisse, inquiétude. Ces mots expriment trois degrés du même état, inquiétude est plus faible que anxiété, et angoisse renchérit sur ce dernier mot. », — HARTENBERG

écrit : « Il est classique d'attribuer, avec LITTRÉ, trois degrés d'intensité à l'émotivité anxieuse : l'inquiétude, l'anxiété, l'angoisse ».

MAURICE DE FLEURY, à la Société de Psychiatrie du 16 décembre 1924, à l'occasion d'une communication de TINEL sur l'*Extrait hypophysaire chez les anxieux*, insiste sur « l'anxiété forme intensive de l'émotivité ».

« Lorsqu'on observe les faits, on constate que ces divers mots : émotivité, inquiétude, anxiété, angoisse, recouvrent des états différents. Ce ne sont plus des différences de degré, de quantité, mais bien différences de qualité, de nature.

Les définitions de BRISSAUD, les études de DEVAUX et LOGRE séparent nettement l'anxiété, phénomène psychique, de l'angoisse, phénomène bulbaire.

L'anxiété est un état de conscience qui peut ne pas s'accompagner d'angoisse, comme l'angoisse peut ne pas faire naître l'anxiété. Les angosmes des angines de poitrine ne s'accompagnent pas toujours de l'anxiété, le fait est bien connu. SOUQUES en a rapporté un cas à la Société de Neurologie (4 décembre 1902) : « Jamais ce malade, qui a eu plus de cent crises (d'angoisse angineuse) jusqu'ici, n'a éprouvé ni tristesse, ni terreur, ni inquiétude, ni appréhension de la mort, ni sentiment d'insécurité indéfinissable. » Cependant, et c'est ce qui peut leurrer, ces deux états se rencontrent dans la plus grande majorité des cas. L'anxiété peut naître à la suite de l'angoisse, comme elle peut naître à la suite de réactions émotives répétées, elle se greffe sur l'émotivité, elle n'en est pas un aboutissant nécessaire ; elle n'est pas contenue

dans l'hyperémotivité ni dans l'angoisse, et l'observation montre des hyperémotifs chez lesquels on ne peut retrouver trace d'anxiété pathologique.

DEVAUX et LOGRE ont fait une remarquable étude de l'anxiété. Nous ne pouvons que reprendre leur description, nous permettant de ne changer que quelques détails. A notre avis, c'est le meilleur travail qui ait été publié sur ce sujet.

« L'anxiété, disent-ils, est une *émotion* caractérisée par un état de *douleur morale* et d'*incertitude*, avec sensation fréquente de *constriction physique*. Cette sensation physique de resserrement constitue à proprement parler, l'*angoisse*. »

Nous ne reviendrons pas sur le mot émotion que nous avons déjà précisé. De même, nous avons marqué la « douleur morale » ressentie par l'émotif, mais celle de l'anxieux revêt d'autres caractères qui vont les différencier. Nous pourrions caractériser l'anxiété en disant que c'est une douleur morale accompagnée d'une crainte, d'une appréhension, d'un malheur inconnu et indéfini, à venir. L'anxieux se trouve en position d'attente de quelque chose, quoi, il n'en sait rien, mais il ne peut affirmer qu'une chose, c'est que ce sera un malheur. C'est un pessimiste systématique. L'espoir de l'optimiste est l'attente d'une bonne chose, et par conséquent il est joyeux et gai. Mais l'anxieux sans savoir ce qui arrivera, se cantonne dans la tonalité triste. Il se refuse à être optimiste, tout va mal. Doit-il voyager, il a peur d'être en retard ; alors qu'il est dans le wagon, tout à coup il pense qu'il a dû se trom-

per de train, ou bien de wagon, et puis s'il arrivait un accident en route, si le mécanicien devenait fou subitement... Doit-il aller voir des gens pour une affaire importante, ces personnes ne seront pas chez elles et la course sera inutile, ou bien un rien les aura mal disposées et elles ne recevront pas sa requête, enfin un accident, un retard quelconque, la Fatalité, elle, toujours elle, se mettront en travers. Voilà une différence fondamentale entre la crainte de l'anxieux et celle de l'émotif. L'émotif n'est nullement disposé à tout voir en noir, au contraire nous l'avons vu bien souvent vif, alerte et luttant toujours. L'émotif sait que c'est en lui que se trouve la cause de ses déboires par suite de ses réactions inconsidérées inhibant sa volonté et toutes ses actions, et si son émotion est de peu d'intensité, ou si son interlocuteur sait le mettre en confiance, l'émotif se calmera. Au contraire l'anxieux est sûr de lui-même, mais que peut-il faire puisque la Fatalité est contre lui. Réagir ? il le veut, il le désire ardemment, mais réagir contre quoi ? Contre la Fatalité ? Il est désarmé, il ne se sent plus en sécurité. Encore si l'on pouvait prévoir le malheur, prendre ses dispositions pour y parer, mais impossible, le malheur est imprévisible. Et l'anxieux est alors dans l'attente douloureuse de ce quelque chose d'incertain qu'il redoute. Il est indécis, il hésite, il est irrésolu. Cependant son entendement, toutes ses représentations ne sont aucunement inhibés, l'échelle des valeurs n'est nullement abolie, ni renversée, tout reste intact, mais tout est pénétré de cette teinte grisâtre et sombre.

« L'anxiété, disent DEVAUX et LOGRE, peut se résoudre à l'analyse en ces trois éléments consécutifs :

- 1° *L'insécurité*, élément affectif ;
- 2° *Le doute*, élément intellectuel ;
- 3° *L'irrésolution*, élément volontaire. »

Ces trois éléments traduisent, sur trois plans différents (en admettant qu'on puisse schématiser des plans différents dans les manifestations de l'âme), la même tonalité d'incertitude, le même état de conscience qui envahit l'âme.

La *réaction émotive* peut être comparée à un *choc colloïdoclasique*, bouleversant l'équilibre micellaire des sentiments, représentations, notions et préjugés de l'individu. L'*anxiété* serait plutôt un *état d'être*, une *diathèse de l'âme*. Il n'y a pas de réaction anxieuse, de réflexe anxieux, il y a un état anxieux, un état qui peut être congénital ou acquis, continu ou intermittent, périodique avec paroxysmes, de plus ou moins longue durée, et suivant des fluctuations physiologiques ou pathologiques que nous connaissons mal encore.

Cependant il existe une anxiété qui se rencontre chez l'homme normal, telle, par exemple, l'anxiété d'une femme qui apprend une catastrophe survenue dans les parages d'un lieu où se trouve son enfant ; c'est une anxiété légitime, fugace, intermittente, propre à stimuler l'action de l'individu. Cette anxiété présente en partie les caractères que nous venons de décrire, et cependant nous ne pouvons la considérer comme une manifestation patholo-

gique par le fait de certaines nuances distinctives. D'abord, avons-nous dit, cette anxiété normale est légitime, l'homme se trouve réellement dans une de ces situations où un danger menaçant et imminent fait naître une telle émotion. Mais cette émotion est fugace, suscitant une réaction de l'individu pour sortir de cette impasse, et agir c'est être résolu, c'est avoir quitté le domaine vague de l'incertitude, de l'insécurité et de l'irrésolution, agir c'est acquérir la certitude et la sécurité, c'est le seul moyen de combattre l'anxiété. D'ailleurs nous retrouverons les bons effets de l'action quand nous étudierons celle de l'anxieux.

D'autre part cette anxiété, étant légitime, et étant causée par des situations particulières, n'apparaîtra qu'avec ces situations irrégulières, c'est dire qu'elle sera peu fréquente et par conséquent intermittente, au contraire de l'anxiété pathologique qui, elle, est constante et se manifeste à tous propos et à la moindre cause. *L'anxiété pathologique* est *illégitime, persistante et constante*, elle est une disposition de l'esprit.

§ 2. — **Signes physiques.**

Nous ne retrouvons plus chez l'anxieux ce grand déséquilibre organique de l'émotif, nous rencontrons une autre forme de susceptibilité vago-sympathique. Ce ne sont plus des manifestations fonctionnelles, ce

sont des manifestations à caractère douloureux caractérisé par l'angoisse.

L'angoisse est cette sensation douloureuse de constriction cardiaque, de resserrement rétro-sternal, c'est cette sensation indéfinissable qui donne au malade l'illusion d'être pris dans un étau, et d'être en imminence de trépas. Cette sensation accompagne l'angine de poitrine, cependant elle n'est pas uniquement localisée à la région précordiale, et l'on connaît l'angoisse laryngée, la fameuse « boule hystérique » par spasme douloureux laryngé. Nous citerons la barre épigastrique, nos observations en donnent quelques exemples. On la retrouve également chez les tabétiques. Laignel-Lavastine cite une angoisse entérique. Dernièrement, nous avons vu un ancien blessé de guerre à la région pariétale droite, qui présentait des paroxysmes d'angoisse céphalique lorsqu'il se trouvait dans une foule, avec constriction des tempes, rétrécissement du crâne.

L'angoisse peut apparaître, s'accompagnant de l'anxiété, à tout moment de la journée et de la nuit, réveillant le malade en sursaut, constituant le tableau de l'angine de poitrine par son symptôme cardinal, mais c'est une « angine de poitrine sans angine ». Cette angoisse peut survenir accompagnée d'un rêve, réalisant le cauchemar, c'est la Jument des Anglais, la « *Nightmare* » qui nous laboure la poitrine dans son galop effréné, semblable au vautour de Prométhée.

L'angoisse se manifeste ainsi dans les viscères qui relèvent particulièrement du Pneumogastrique, à tel

point que BRISSAUD a pu l'appeler un phénomène bulbaire. On a été plus loin, considérant la coexistence de l'angoisse et de l'anxiété dans l'accès, on est allé jusqu'à émettre l'hypothèse que le bulbe pourrait être le lieu géométrique où l'organisme rejoindrait l'âme. Nous reviendrons là-dessus dans la IV^e partie « SYNTHÈSE ET ORIENTATION ».

Nous avons maintes fois parlé de l'angoisse chez l'émotif, c'est un phénomène somatique de première importance, car c'est un phénomène douloureux, et comme tel il accapare l'esprit du sujet, on le retrouve d'une façon quasi constante chez l'anxieux. Cependant nous savons que la nature n'est pas aussi schématique que nous voudrions la concevoir. Notre esprit place des distinctions tranchées là où il n'y a que nuances insensibles ; et nous retrouvons bien souvent chez nos anxieux le déséquilibre réactionnel qu'ERNEST DUPRÉ a marqué chez les émotifs, quoiqu'à un degré moindre et avec une prédominance du caractère douloureux que nous avons marqué, c'est-à-dire de l'angoisse.

Avant de clore ce chapitre, rappelons les travaux récents de LAIGNEUL-LAYASTINE et de ses collaborateurs sur les réactions chimiques du sang chez les psychopathes. Il trouve un parallélisme entre l'augmentation du pH urinaire, de l'alcalose sanguine, de la vagotonie et de l'anxiété, à tel point qu'il a été amené à concevoir une « petite anxiété vagotonique » avec augmentation du pH urinaire atteignant ou dépassant le chiffre 7.

Nous rappellerons encore les travaux de MONTASSUT et de ses collaborateurs sur le K et le Ca plasmatiques ; ils trouvent également une variation parallèle du taux du K sanguin avec l'émotivité, les variations du taux du Ca seraient moins caractéristiques.

§ 3. — Comportement mental de l'anxieux.

Nous avons montré l'anxiété imprégnant l'esprit, les idées et les sentiments du sujet. L'action n'étant que la résultante de toutes ces forces, nous y retrouverons le cachet de cette anxiété. Chaque fois qu'il agit, et avant même que de le faire, l'anxieux, par la disposition de son esprit, appréhende l'échec de son entreprise. Nous l'avons vu, c'est la Fatalité qui s'acharne sur lui. Il en a plus ou moins conscience. Il craint de la faire, de s'être trompé, d'oublier, tout cela c'est de la malchance. Sort-il de chez lui, il pense de suite qu'il a dû oublier de fermer la porte de son appartement, ... puis il a dû perdre sa clef, et il se tâte les poches, ..et chacune de ces idées s'accompagne d'angoisse. La douleur physique et la souffrance morale ne cesseront que lorsqu'il aura acquis la certitude, c'est-à-dire lorsqu'il aura été répondu par un oui ou par un non à la question posée, par exemple que sa femme lui affirme qu'elle a elle-même fermé la porte, ou qu'il retrouve ses clefs à l'instant.

Mais cette anxiété calmée, une autre naît et à propos d'un autre objet, c'est le robinet d'eau qui n'est pas fermé, ce sont les lettres qui ne sont pas dans les

enveloppes respectives ; c'est son travail qui est mal fait ; il se croit au-dessous de la tâche qu'on lui a confiée. « J'ai toujours peur de ne pas bien faire, je me torture l'esprit ! » nous dit l'un d'eux. L'anxieux est très scrupuleux, et malgré tout, son travail est fait impeccablement et avec conscience. Est-il en société ? Ce sont des gaffes, des impairs qu'il craint de commettre, et à propos de chaque action, de chaque parole, l'anxiété, l'angoisse reparaissent. Et c'est ainsi pour chacune des actions de la vie de quelque importance. Il doute constamment de lui. Nous avons là, l'anxiété vague, diffuse, c'est l'état d'esprit du « nerveux ». Il ne faut pas confondre ce pressentiment du malheur avec le pessimiste systématique, avec le « défaitiste ». Celui-ci ne ressent aucune anxiété, aucune angoisse, il présente une idée, l'idée de l'insuccès et du malheur, vide de tout colorant affectif. L'anxieux craint, appréhende le malheur et l'insuccès pour lui, pour les siens et il souffre de cette appréhension perpétuelle.

Cet état de souffrance produit par le doute et l'incertitude ne cessera, cela se conçoit, qu'avec la cause productrice, c'est-à-dire que lorsque notre sujet aura la certitude. Nous avons vu aussi que cet état de doute et d'incertitude a pour corollaire l'irrésolution et l'hésitation. Cette incertitude de l'action est autant productrice que conséquence de l'anxiété et de l'angoisse, et là encore la cessation de cette incertitude, c'est-à-dire l'action elle-même, calmera cette anxiété et cette angoisse, par la certitude positive qu'elle apporte avec elle. C'est l'« action salvatrice ». Etre dans l'attente est extrêmement pénible pour l'anxieux. Les mé-

decins de la Guerre ont décrit cette anxiété de l'attaque, cette angoisse qui étreignait les hommes prêts à s'élancer à l'assaut, attendant l'arme prête, sous la rafale de l'artillerie, l'heure H de la mort.

L'anxiété ne se manifeste pas seulement à l'occasion de l'action à accomplir, mais encore à propos de tout évènement quelconque, et surtout les plus insignifiants, qui prennent alors figure de présage, évidemment, présage de malheur. Attribuer une signification au vol des corbeaux ou au sel qui se renverse par inadvertance, n'a pu naître que chez un anxieux qui recherche au dehors la certitude qu'il ne peut trouver en lui. Ainsi se forme la superstition. Regardez autour de vous, les plus superstitieux sont en général inquiets et anxieux. Ils portent des amulettes pour vaincre le sort, ils vont consulter des oracles, ils veulent connaître l'avenir, et le nombre et la variété des moyens qu'ils emploient pour ce faire est si grand, que Rabelais s'est amusé à en emplir une page au sujet du projet de mariage de son Panurge. Parfois, ce sont des incantations, des paroles à influence magique, des gestes à accomplir pour rompre le charme.

Un certain nombre, et non le moindre, se jettent dans la religion, cherchant dans la consolation mystique la certitude et la quiétude nécessaires à leur âme agitée. Le processus est le même qui mène ces anxieux à la religiosité ou à la superstition,

L'anxiété ne se rencontre pas toujours aussi vague ni aussi diffuse que nous venons de la montrer. Elle se circonscrit bientôt, ne se manifestant que pour un objet ou une action.

Nous arrivons ici à la pathogénie des phobies et des obsessions. Nous n'en reprendrons pas l'étude, elle a été faite d'une façon magistrale par PITRES et RÉGIS, par RAYMOND et PIERRE JANET, et par bien d'autres auteurs qui ont montré le rôle primordial de l'anxiété dans la genèse de ces phobies et de ces obsessions. La phobie est la peur de quelque chose. Nous considérons deux catégories de phobie, celle qui est diffuse, sans objet, ou plutôt qui se porte sur une multitude d'objets, et celle qui plus évoluée, plus organisée, se fixe sur un objet ou un nombre très restreint d'objets. La première constitue la panophobie, ou pantophobie comme DEVAUX et LOGRE voudraient qu'on l'appelât; la deuxième est nommée d'un nom d'étymologie grecque, tel que l'agoraphobie, la claustrophobie... La panophobie n'est que cette anxiété vague et diffuse que nous venons de décrire, à l'occasion de tout et de rien le sujet ressent l'angoisse qui l'étreint, il appréhende tout et voit le malheur partout.. La phobie élective perd un peu de son caractère anxieux que nous avons marqué, elle constitue une dérivation de cette surcharge nerveuse, elle se manifeste moins souvent et seulement à l'occasion de sa cause. Cependant, elle ne sera pas moindre, car si l'objet est unique, il est assez répandu pour se trouver à tous moments. Les espaces découverts, les microbes, la saleté, etc..., se trouvent partout et, à tous instants, peuvent provoquer

l'anxiété. Lors même que cela ne serait pas, le sujet lui-même semble rechercher l'objet de sa phobie, il court au devant de lui, et craint tout autant de ne pas le rencontrer, qu'il le redoute pour lui-même. C'est un cercle vicieux et infernal d'où il est difficile de sortir, et tout effort dans ce sens peut créer une nouvelle cause productrice d'anxiété et d'angoisse. C'est ainsi que nous avons vu un de nos psychasténiques ne pouvoir se résoudre à utiliser une allumette, il en craquait quatre à cinq avant d'en utiliser une. Pour ruser avec ses hésitations, il acheta un briquet, mais alors « ça recommençait », il devait allumer quatre à cinq fois la mèche avant de pouvoir en utiliser la flamme. Nous avons là la preuve que le contenu idéique est secondaire et n'est que la forme que prend l'obsession ou la phobie, et que le fond est le contenu affectif : l'anxiété qui en constitue la trame.

Dans l'obsession, ce n'est plus un objet tangible, mais une idée qui occupe et accapare l'esprit du sujet. Ce peut être l'idée d'un acte à accomplir, ce peut être une pensée quelconque. Et l'impulsion de l'acte à accomplir, la pensée obsédante sont encore colorées de la teinte sombre de l'anxiété, et de fait le contenu de ces idées est propre à la faire naître : c'est l'impulsion pour une mère de tuer son enfant, pour un croyant de commettre un sacrilège, ou l'impulsion au suicide ; c'est encore pour le croyant une pensée obsédante sacrilège... Le sujet a nettement conscience de cette idée obsédante, il en reconnaît l'absurdité, et il lutte contre elle ; cette lutte elle-même est pénible et douloureuse ; et comme cette idée, par son con-

tenu, est elle-même génératrice d'anxiété, elle paralyse les moyens du sujet, rendant vains tous ses efforts ; nous retrouverons le cercle vicieux cité plus haut. Il ne reste alors au sujet qu'un moyen pour en sortir, c'est le suicide.

L'anxieux ne fuit pas, il ne présente aucune des réactions spontanées de l'émotif. Son entendement n'étant nullement aboli, ni inhibé, il a une conscience très nette de son état. Il a commencé par lutter, il finit par succomber. Les auteurs insistent sur ce point que l'obsession-impulsion n'arrive jamais à la réalisation ; cependant il en est qui parviennent au suicide, à moins qu'ils ne sombrent dans la psychose et la démence.

Le suicide acquiert des caractères tout particuliers, soit qu'il se produise au cours d'un raptus anxieux, et le sujet se tue pour échapper à la souffrance de l'angoisse — c'est un suicide quasi spontané ; soit qu'il se produise après longue délibération, ici le suicide revêt les caractères de la mélancolie. Comme toujours, ce n'est pas l'accomplissement de l'obsession-impulsion, l'idée du suicide qui prend cette forme n'arrive quasi jamais à réalisation ; mais c'est une décision raisonnée, propre au sujet, pour sortir du cercle infernal des anxiétés successives. (Obs. XII)

Avant que d'atteindre le suicide, l'anxiété peut revêtir la forme mélancolique avec idées d'auto-accusation, idées d'indignité. Les observations XIV, XVII, XIX, nous en apportent des exemples. On peut considérer cette forme comme l'aboutissant des scrupules et du doute de soi-même que présente l'anxieux.

COTARD a décrit une forme de mélancolie qui porte son nom, s'accompagnant d'anxiété, avec idée d'énormité, d'éternité et d'immortalité, idée de négation d'organes et d'objet, idée de métamorphose. Nous en rapportons un exemple (Obs. XVII) pris à la Clinique psychiatrique de l'Asile de Bron.

Si l'anxiété peut revêtir la forme mélancolique, la mélancolie peut comprendre parmi ses symptômes, l'anxiété. L'Observation XI montre un cyclothymique présentant des phases d'activité hypomaniaque alternant avec des phases de dépression de mélancolie anxieuse.

L'anxiété peut se retrouver dans d'autres vésanies, dans la Paralyse Générale, dans les démences.. Nous renvoyons le lecteur qui veut approfondir ces questions au rapport de LALANNE et à l'ouvrage de DEVAUX et LOGRE.

L'anxiété, en dehors des vésanies où elle se rencontre, peut évoluer vers la psychose. ERNEST DUPRÉ a décrit une forme sous le nom de psycho-névrose émotive, et avant lui FREUD décrivait l'« *Angstneurose* », la Névrose d'angoisse, et BRISSAUD l'Anxiété paroxystique.

La forme de DUPRÉ, c'est l'anxiété diffuse, ou si l'on préfère, l'émotivité anxieuse continue avec paroxysmes, en entendant par cette expression, la réaction vive de l'individu aux chocs, c'est l'émotivité, et son colorant affectif : l'anxiété. La névrose d'angoisse, l'anxiété paroxystique se rattache plus à l'état anxieux, c'est un état pathologique, c'est une névrose, comme son nom l'indique, avec paroxysmes surtout nocturnes, rappelant l'accès angineux.

TROISIÈME PARTIE

Observations Cliniques

Emotivité et Anxiété

Constitutionnelle

OBSERVATION I (*Personnelle*)

(*Service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôtel-Dieu,*
Professeur J. LÉPINE.)

C... Aliette, 19 ans. (Janvier 1930)

S'est présentée pour troubles de la mémoire et céphalée ; elle n'arrive pas à accomplir son travail ; elle est commise épicière. Elle est réglée depuis l'âge de 16 ans, et d'une façon très irrégulière.

Antécédents. — Rougeole, coqueluche, oreillons.

Depuis la plus tendre enfance, elle est émotive, ainsi elle pleurerait facilement quand on la réprimandait, elle aurait eu une frayeur à l'âge de 7 ans 1/2. Après une émotion, elle tremble facilement, pleure. Quand elle doit accomplir une démarche, ou quand son patron l'appelle, immédiatement elle est anxieuse et ressent une angoisse rétro-sternale.

Quand elle a plusieurs clients à servir, quand on la brusque, elle perd la tête et ne sait plus où donner. Quand elle a un travail quelque peu minutieux à effectuer, elle hésite, s'inquiète, et ne sait comment s'y prendre pour le faire consciencieusement.

En dehors de ces occasions, elle ne présente aucune anxiété morbide, pas d'attente d'un malheur imminent, elle n'est aucunement inquiète et vit « sans s'en faire ».

Examen somatique. — Sudation facile des extrémités et des aisselles, mains froides en hiver, et même cyanosées. Palpitations émotives, appétit variable, constipation.

Pouls 18 (72 à la minute). Réflexe oculo-cardiaque 18-18 (Nous rappelons que nous rapportons les chiffres par quart de minutes). Le R. O.-C. est nul. Injection d'Adrénaline Clin 1/4 de cc. — 1/2 heure après, pouls 21, R. O.-C. 19.

Remarquons, après l'adrénaline, le tachycardie légère et le R. O.-C. qui est devenu positif (ralentissement de 2 par 15 secondes) alors que l'on s'attendrait à un R. O.-C. négatif. Nous avons ici une preuve de l'action amphotrope de l'adrénaline.

Résumé. — Nous concluerons néanmoins à un système *sympathicotonique* (R. O.-C. nul en temps ordinaire) chez une *émotive constitutionnelle*.

OBSERVATION II (Personnelle)

(Clinique Psychiatrique de l'Asile de Bron,
Professeur J. LÉPINE.)

M^{ne} P..., née D... Marie, 32 ans (Février 1930)

Entre dans le service à la suite d'une tentative de suicide, étant sans ressources, ayant quitté sa place parce qu'elle ne s'entendait pas avec la femme de chambre. A déjà fait un premier séjour dans le service (de février à août 1929) à la suite d'une phase d'excitation et de refus d'aliment qu'elle avait présentée dans un Service de l'Hôpital Saint-Pothin, à la suite d'un traumatisme crânien (accident de voiture).

Elle a deux frères plus âgés qu'elle et cinq sœurs plus jeunes. Rien à signaler. Au moment de sa naissance, ses parents tenaient un débit de vin, et sa mère y prit des habitudes d'alcool qui la conduisirent dans un asile. Elle-même a présenté de l'énurésie jusqu'à l'âge de 4 ans.

Séparée de son mari depuis plus de cinq ans, elle a eu un enfant qu'elle a déclaré sous son nom de jeune fille ; depuis elle vit dans une peur, une anxiété perpétuelle, craignant que son mari, qui l'a menacée, ne lui ravisse son enfant.

Examen somatique. — Léger goitre, légère exophtalmie, pouls un peu rapide, avec tachycardie paroxystique. Palpitations, Appétit variable. Tremblement. Pas de diarrhée ni

constipation. Mais notons ici la prédominance abdominale de l'angoisse.

Bien réglée jusqu'à il y a 3 ans. Extrémités froides.

Sudation facile.

Pouls (26) 104. — R. O.-C. 22-19-21-20 (toujours à jeûn).

à un autre examen : Pouls 28 (112 à la minute) ; R. O.-C. 24-23-24.

Réflexe solaire primitif.

Injection d'Adrénaline Clin, 1/2 cc., 1/2 heure après. Au lieu de l'injection nous avons une petite plage exsangue de la grandeur d'une pièce de 1-franc, et une réaction ansérine.

Pouls 22 ; R. O.-C. 19-22.

Pouls 22 ; R. O.-C. 18-18-25-20. Tous deux positifs.

Résumé. — Il s'agit d'une personne ayant des *antécédents maternels alcooliques*, préparant ainsi un terrain approprié à l'émotivité et à l'anxiété. *Anxieuse* d'une façon continue à propos de son enfant, elle vient de faire une tentative de suicide à caractères émotifs. Au point de vue somatique très *vagotonique*, ici on n'a pu saisir de l'adrénaline que la phase nettement vagotrope. Les deux parties du système sont inégalement toniques, (R. O.-C. et R. S. positifs) et à prédominance parasympathique.

OBSERVATION III (*Personnelle*)

(*Hôpital Beaujon, Service du Docteur FAROY*)

B... Lucienne, 19 ans. (Avril 1930)

Entrée dans le service pour crises et troubles digestifs. Ces crises avaient été prises pour des crises épileptiques d'abord, puis hystériques ensuite.

En fait ce ne fut qu'une crise émotive. On retrouve chez elle une constitution émotive se révélant dès l'enfance, à la Communion.. Nous la retrouvons au pensionnat, où elle fait la connaissance intime d'une jeune fille de son âge. Il y a trois ans, une maladie l'oblige à quitter ce pensionnat sans avoir pu connaître l'adresse de son amie. Alors, grand désespoir, elle tombe en une tristesse morne, ne mangeant pres-

que plus, ne sortant plus pour se distraire, n'ayant aucunement essayé de chercher ailleurs un ami ou une autre amie.

C'est à l'atelier où, après une réprimande, elle eut la crise qui motiva son entrée dans le service : tachycardie, palpitations, étra-systoles et syncope émotive ; elle est pâle et elle tombe...

Examen somatique. — La malade présente un dermographisme très accentué. Le trait se surélève en réaction urticarienne et dure près d'un quart-d'heure. Tension artérielle 12/7 au Vaquez.

Pouls 24 (96) R. O.-C. = 21.

23 (92) R. O.-C. = 19, donc très positif.

Chinisme gastrique : hyperchlorhydrique.

Résumé. — Jeune fille émotive constitutionnellement, et sensibilisée à la suite d'une déception... sentimentale. A déséquilibre sympathique fortement *vagotonique*.

OBSERVATION IV (Personnelle)

(Service de Neuro-psychiatrie de l'Hôpital Militaire Villemanzy
Professeur Agrégé B. POMMÉ)

D... Charles, 21 ans, (Décembre 1929), employé.

Sa mère morte, son père l'a abandonné, et ce sont ses grands-parents qui l'ont élevé en le choyant. On retrouve chez lui une constitution émotive qui se manifeste dès son enfance. A l'âge de 10 ans, à l'occasion de sa communion il a eu une crise de religiosité excessive, ayant eu, un moment, l'idée de se consacrer à la religion. A l'âge de 17 ans, à la suite d'un accident banal (fracture du petit doigt, main droite), il a présenté une crise dépressive de mélancolie anxieuse — trouvant dégoût à tout — trouvant ses camarades plats et communs. Ici encore c'est la religion, et en l'occurrence un prêtre, qui l'a sauvé.

En scène, il présente le fameux trac des artistes avant de monter sur les planches, car il fait du théâtre en amateur, mais quand il se trouve devant les feux de la rampe, alors emporté par le jeu, il ne tremble plus et est tout entier à son

action. La scène est pour lui « un moyen de s'exprimer, de s'extérioriser ».

Il y a quatre mois il a dû subir une intervention pour hernie, et le matin de son opération, il eut une crise anxieuse marquée avec réaction d'angoisse : « barre » épigastrique ; une heure à la chapelle et le calme revient.

Après son opération il fit un court séjour à Lourdes, où il eut un crachement sanguinolent, dit-il. Alors, de retour au corps, il passa un examen radioscopique. « Je tremblais tellement devant l'appareil, que le major a été obligé de me soutenir, et quand je suis sorti, le souffle me manquait presque » ; nous dit-il. En attendant le résultat, il fut anxieux et angoissé toute la matinée, et quand il sut que ses poumons étaient normaux, il manifesta une joie débordante pendant le restant de la journée, et eut de la polyurie et de la diarrhée.

Il ne peut supporter la vie de caserne avec les moqueries des camarades ; il se lève le matin avec l'espoir de retrouver ses parents le soir ; et quand il les quitte pour retourner à la caserne, c'est l'angoisse épigastrique qui ressent alors. Changer de position est pour lui un martyre ; la vie calme et réglée, en évitant les chocs émotifs, lui conviendrait seule. Ainsi il a essayé de faire de la représentation en tissus ; ce fut un échec complet.

Dans sa vie sentimentale il en est de même, il est « feu de paille », s'éprend facilement. Lorsqu'une femme jeune et jolie lui adresse la parole, il rougit, bredouille et perd le fil de ses idées, ses mains sont moites. Il rougit très facilement, même devant le professeur qui le traite d'une façon amicale. Très consciencieux, plein de bonne volonté, il est employé dans le service, à de menus travaux qu'il exécute d'une façon très satisfaisante. Il est resté quatre mois dans le service, et était toujours inquiet au sujet de son sort, faisant par moments des réactions anxieuses à ce sujet. Nous avons de temps en temps de ses nouvelles.

Examen somatique. — Pouls 18 (72 à la minute) ; R. O.-C. 18, donc nul. — R. S. positif.

Injection d'Adrénaline Clin, 1/2 mg. — R. O.-C. nul. Le sujet passe une mauvaise nuit avec cauchemar et sensation d'angoisse, diarrhée pâteuse et grande lassitude au réveil.

Injection de Génatropine, 1 mg. — Pouls 21 ; R. O.-C. 20.
Le sujet présente durant toute la journée une légère excitation hypomaniaque.

Pilocarpine per os. — R. O.-C. nul.

Génésérine per os. — Pouls 21. — R. O.-C. 19. — Tension artérielle au Vaquez 14 1/2 /9.

Résumé. — *Constitution émotive et anxieuse* avec angoisse épigastrique, rougeur, inhibition de la parole, moiteur des mains et diarrhée émotive. Déséquilibre vago-sympathique à tendance *orthosympathique*.

OBSERVATION V (Personnelle)

(Service de Neuro-psychiatrie de l'Hôpital Militaire de
Villemanzy. — Professeur Agrégé B. POMMÉ)

M... Gaston, 23 ans. (Décembre 1929), sergent infirmier.

Antécédents. — Rougeole, diphtérie, a une mère « nerveuse ».

Entre dans le service pour tachycardie. Il a eu, il y a un mois et demi, une crise de *tachycardie paroxystique* nocturne, avec oppression, barre retro-sternale, « angor pectoris ». Un médecin appelé a donné un calmant, et après l'effet de cette drogue, on a constaté un pouls à 140. La durée de ce malaise a été de deux heures. Il a eu une seconde crise il y a 15 jours, pour laquelle il est entré, d'une durée de 3 à 4 heures, mais d'une intensité moindre, et suivie de polyurie claire.

On retrouve également chez lui une constitution hyper-émotive se révélant dès l'enfance. Tout jeune, quand son père l'appelait, il se mettait à trembler. De même, il appréhende le jour des examens (certificat d'études primaires, examen du Caducée à l'armée), mais il arrive à se maîtriser, le sujet connu, pour la rédaction des épreuves ; il présente, par la suite, une polyurie réactionnelle. A présent quand un supérieur l'appelle, tout de suite il ressent *appréhension*, *anxiété* et angoisse précordiale. De même *timidité* devant les femmes. « Je ne perds pas mes esprits, je me saisis, je ne bredouille pas ; mais ce qu'il y a c'est que je tremble, et quelque chose me serre la poitrine. »

Examen somatique. — *Appareil digestif* : appétit variable, aérophagie, aérogastrie, régurgitation de liquide amer et acide le matin à jeun, liquide de stage, clapotage, alternative de diarrhée et de constipation, en somme syndrome dyspeptique.

Cœur (Novembre 1930). — Les paroxysmes tachycardiques ont été diminuant d'intensité et ne se produisent plus depuis un certain temps. Par contre, lorsque le malade fait un effort (monter un escalier) il a l'impression que son cœur « s'arrête ».

Tension artérielle au Pachon 10 1/2 /7. Extrémités moites.

Pouls à 80 ; à jeun pouls à 17 (68). R. O.-C. = 19, donc négatif. R. S. positif.

Adrénaline, injection sous-cutanée de 1/2 mg. ; pouls 18 ; R. O.-C. = 20, donc négatif. ; R. S. positif. — Le sujet a passé une mauvaise nuit, avec coliques, maux de tête, tremblement matutinal, constipation tenace.

Pilocarpine per os, 5 mg., un beau réflexe pilomoteur apparaît.

T. A. au Pachon 10/6 ; pouls 19 (76) ; R. O.-C. = 16, donc positif. Le sujet accuse une amélioration marquée et n'a plus de tremblement.

Générésine : injection sous-cutanée de 2 mg. ; pouls 18 (72) ; R. O.-C. = 17, donc positif.

Résumé. — *Constitution émotive* avec angoisse précordiale. Tachycardie paroxystique, type Bouveret, aérogastrie avec syndrome dyspeptique. Déséquilibre vago-sympathique, nettement *sympathicotonique*.

OBSERVATION VI (Personnelle)

(Service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Militaire
Desgenettes. — Professeur Agrégé B. POMMÉ)

Fl.. Pierre, 22 ans, étudiant es-sciences. (Juin 1930)

Emotif et anxieux constitutionnel, il « s'en faisait », son cœur battait, il était anxieux lorsque sa mère rentrait un peu

tardivement. La Communion, le Baccalauréat l'ont impressionné. A présent, il est maître interne. Eh bien, il a « baffouillé » devant le directeur pour une histoire d'élève.

Sous-lieutenant de réserve, il présente des idées obsédantes de persécution de la part de son capitaine qu'il reconnaît par ailleurs être un homme charmant. Remarquons le caractère obsédant de ces idées délirantes, qui prennent surtout un caractère d'auto-accusation. Son capitaine « lui en veut » parce qu'il le mérite, parce qu'il est incapable de faire son service. DEVAUX et LOGRE ont bien insisté sur ces caractères qui différencient l'idée de persécution de l'émotif de celle du paranoïaque.

Il présente un phimosis léger, c'est une preuve de plus qu'il est anormal, qu'il ne pourra jamais satisfaire une femme, qu'il est un incapable. Ajoutez à cela qu'il est timide. Tout lui est sujet et prétexte à « auto-humiliation ». Il croit que nous nous moquons de lui, il croit qu'il nous ment et que nous ne pouvons accorder crédit à ses paroles ; c'est un être détestable et nous feignons de nous intéresser à lui.

Et toujours, quand il nous parle, il bredouille, il achoppe, ses mains tremblent et ses yeux sont comme hagards. C'est un jeune homme très scrupuleux, consciencieux et moral.

Examen somatique. — Extrémités froides. Tension artérielle au Vaquez : 14/10.

Pouls 19 (76), R. O.-C. = 21.

20 (80) R. O.-C. = 22 ; négatifs tous deux.

Résumé. — *Constitution émotive* avec, en ce moment, idée d'auto-accusation, idée d'infériorité... avec un déséquilibre vago-sympathique à tendance *sympathicotonique*.

OBSERVATION VII (Personnelle)

(Service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Militaire
Desgenettes. — Professeur Agrégé B. POMMÉ)

P... Marcel, 22 ans, employé. (Mai 1930.)

Enfant, il était très affectueux, aimait à être tranquille et s'écartait de ses camarades. Il avait peur, non de l'obscurité,

mais des apparitions et des fantômes dont on lui parlait dans les contes. La première communion fit une forte impression sur lui, sans pour cela l'aiguiller vers le mysticisme.

A 17-18 ans, il s'éprend d'une jeune fille et ce fut sa première déception qu'il ressentit vivement. Alors, il veut se cuirasser à l'avenir contre toute nouvelle affection ! Peine perdue, il veut de nouveau se marier ; mais ses parents le voudront-ils ? C'est là la cause de son anxiété présente.

Timide, son cœur bat lorsqu'il entreprend une action de quelque importance, et même une action banale, telle que le fait de se présenter à l'un de ses supérieurs : « Je me demande comment je vais me prendre pour demander (une faveur par exemple), et puis je ne la demande pas. » Il n'essaye même pas de lutter, il cède et préfère renoncer à l'avantage qu'il aurait acquis, il fuit, sa poitrine, sa gorge se serrent, il a des brûlures au creux épigastrique, c'est l'angoisse qui l'éteint.

Parfois il se sent gai, en train, il ne peut rester en place, il est plus sûr de lui, c'est une joie exhubérante, c'est l'excitation hypomaniaque de la Cyclothymie.

Examen somatique. — Très frileux, il a une magnifique réaction ansérine par le froid. Raies vaso-motrices et dermographisme accentués. — T. A. au Vaquez : 13/7.

Pouls 13 (52) R. O.-C. = 18-17-15.

13 R. O.-C. = 15-16-14-14 ; négatifs tous deux.

Remarquer la bradycardie du sujet.

Adrénaline, injection sous-cutanée 1/2 cc. T. A. au Vaquez : 16/ 6 1/2. R. S. positif.

Pouls 16 (64) R. O.-C. = 16-17-17.

17 (68) R. O.-C. = 15-19-17.

Remarquer ici le ralentissement du pouls pendant la pression des globes oculaires suivi d'une tachycardie compensatrice. Nous avons là une belle réponse de déséquilibre déclanché par l'action amphotonique de l'adrénaline.

Génatropine : injection sous-cutanée 1 mg. ; T. A. au Vaquez 12/6 1/2. R. S. nul ; pouls 14 (56) ; R. O.-C. = 12.

Génésérine : injection sous-cutanée ; T. A. au Vaquez 12/8, pouls 14 (56) ; R. O.-C. 13-16,

Résumé. — Constitution émotive avec déséquilibre très marqué du vago-sympathique, avec tendance sympathico-tonique.

OBSERVATION VIII (*Personnelle*)

(*Service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Militaire*

Desgenettes. — Professeur Agrégé B. POMMÉ)

Bon... Joannès, 23 ans, ingénieur (Mai 1930)

Est évacué pour « *asthénie nerveuse avec tics nerveux de la face, excitabilité, insomnie.* »

Ce n'est qu'à partir de l'âge de quatorze ans que seraient apparus les symptômes de l'émotivité. Au lycée, quand il devait passer au tableau, il était tellement ému qu'il ne pouvait répondre, et plus, il ne faisait aucun effort pour répondre et cependant il savait ses leçons. Dans son émotion, ses souvenirs, toutes ses notions devenaient confuses, il ne savait plus rien dire, aucun son ne venait, sa gorge était serrée, un léger voile passait devant les yeux, il avait l'impression d'un « *vide partiel dans le cerveau* », alors il bredouillait, et de là au bégaiement, il n'y a qu'un pas. Cela durait « *cinq à six minutes* », dit-il, en réalité cela se passait en un temps très court, après lequel il se ressaisissait et pouvait répondre.

Ces phénomènes se répètent si souvent qu'ils déclenchent une phobie anxieuse : en classe il craint d'être interrogé, et son cœur bat, et sa gorge se serre chaque fois qu'il doit parler. Aux examens du Baccalauréat, les mêmes phénomènes se représentent : réactions anxieuses, palpitation, angoisse épigastrique, attente et appréhension de la question ; puis anxiété au sujet de l'inhibition de la parole qu'il présentera à l'oral.

Timide, il rougit facilement devant les étrangers, les supérieurs, les femmes ; il nous parle avec difficulté, en bégayant, mais au début de la conversation seulement, lorsqu'après quelques instants nous avons mis le malade en confiance, lorsque nous feignons de ne plus attacher d'attention à ses lèvres, nous voyons ces troubles de la parole diminuer peu à

peu et disparaître, les mêmes mots sur lesquels il butait au début, sont prononcés correctement à présent.

Examen somatique. — T. A. au Vaquez 12/8, réflexe pilo-moteur intense.

Pouls 16 (64) ; R. O.-C. = 15-16-15-14.

15 (60) ; R. O.-C. = 12.

19 (76) ; R. O.-C. = 15-16-17-16. Tous trois positifs.

Adrénaline, injection sous-cutanée 1/2 mg. Pouls 17 (68) ;

R. O.-C. = 15-14. Positif.

Génésérine : injection sous-cutanée. T. A. au Vaquez 13/7.

Pouls 18 (72). R O.-C. = 18. Nul.

Résumé. — *Emotivité, anxiété*, angoisse épigastrique, phobie du bégaiement. *Vagotonie*. Remarquer les effets de l'Adrénaline et de la Génésérine, inverses de ceux que l'on attendrait.

OBSERVATION IX (*Personnelle*)

(*Service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Militaire*

Villemanzy. — *Professeur Agrégé B. POMMÉ*)

H..., 20 ans. Etudiant en Médecine Mars 1930).

Légèrement émotif, rougit très facilement quand il entre dans une pièce chauffée par exemple, de telle façon qu'il devint *eurotrophique*. Lorsqu'il entre dans une pièce où se trouvent des personnes, il craint de rougir, d'être remarqué, et que l'on croie qu'il rougit par honte ou timidité. Légèrement hypochondriaque au sujet de son cœur.

Examen somatique. — T. A. au Vaquez 17/10.

Il y a trois ans, cœur lent, douleurs cardiaques, le moindre effort provoquait des palpitations et une tachycardie à 120 qui mettait plusieurs heures à régresser. On aurait trouvé alors un Rétrécissement Mitral. Rappelons à ce propos les trois cas du professeur J. Lépine, de R. M. spasmodique chez des anxieux. De ce rétrécissement il ne reste plus rien à l'auscultation,

Ptose gastrique constatée à la radioscopie. Constipation. Extrémités froides. Sudation très facile. Tremblement. R. S. positif. Pouls 20 (80). R. O.-C. 18. Positif.

Pouls 22 (88). R. O.-C. 19-18.

Réflexe palato-cardiaque 19-19.

Réflexe naso-facial ; larmolement ; légère rougeur du visage.

Pilocarpine per os : 5 mg. Pouls 15. R. O.-C. 15.

Résumé. — Anxiété légère à forme eurotophobie ; tachycardie paroxystique *vagotonique*.

OBSERVATION X (*Personnelle*)

(*Service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Militaire
Villemanzy. — Professeur Agrégé B. POMMÉ*)

S... Jean, 21 ans, étudiant en droit. (Février 1930)

Entre à l'hôpital pour fatigue, aprosexie, dysmnésie. C'est le troisième séjour hospitalier depuis l'incorporation, et pour motifs analogues, troubles dyspeptiques et vertiges...

Le malade fait remonter les troubles psychiques qu'il présente à un accident d'automobile en Mars 1926, où sa mère a trouvé la mort ; lui-même présente une cicatrice frontale gauche. Cependant lorsqu'on fouille son passé antérieur, on retrouve un fond constitutionnel de légère hyper-émotivité.

Sans s'arrêter aux rêves qu'il élaborait étant enfant, nous le trouvons très affectueux et très sensible. C'est ainsi qu'il fut très affecté pendant plusieurs jours et eut un gros chagrin parce qu'on avait jeté un bouquet de fleurs des champs qu'il avait composé.

Nous le retrouvons avec des *réactions émotives assez accusées* dès le premier « bachot ». Quelques jours auparavant déjà il présente une anxiété croissante, redoutant et appelant tout à la fois la date de l'écrit. Puis il doute de lui-même, il a l'impression qu'il ne sait plus rien, qu'il a tout oublié, c'est le vide complet en sa tête. Parfois il se raisonne, reprend confiance en lui-même et pour peu de temps, car l'anxiété est la plus forte. C'est une anxiété accompagnée de tout son cor-

tège de réactions somatiques avec pollakiurie et urines claires, coliques et diarrhées pâteuses, sudation plus marquée à l'aisselle droite. Dans l'amphithéâtre de l'examen, un instant avant d'avoir le sujet de composition, c'est la bouche sèche, ce sont les mains moites et tremblantes, les palpitations, c'est « plus que le trac » dit-il, et n'oublions pas l'angoisse épigastrique. Lorsque le sujet est connu, ces manifestations cessent, qu'il sache ou ne sache pas. Qu'importe, l'incertitude douloureuse de l'anxiété n'a plus de raison d'être. D'un esprit intelligent, la répétition des examens, et sa volonté aidant ont amendé ces phénomènes. « Je considère à présent les examens comme un sport » dit-il.

Cependant il n'a point changé, et nous avons assisté à toutes ces manifestations alors qu'un sergent venait lui apprendre brusquement qu'une permission sur laquelle il comptait, venait de lui être refusée : serrement épigastrique, colique, il dut s'aliter le reste de la journée.

T. A. au Vaquez 11 1/2 /8.

Pouls 15 (60). R. O.-C. = 13-13. Donc positif.

Résumé. — *Constitution émotive avec anxiété et angoisse épigastrique très marquées. Vagotonique.*

Cyclothymie

OBSERVATION XI (*Personnelle*)

(*Service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Militaire
Villemazny. — Professeur Agrégé B. POMMÉ*)

B... Paul, 44 ans. (Janvier 1930)

Antécédents. — Rougeole, varicelle, scarlatine, en ce moment tuberculose cavitaire droit. Très amélioré à l'heure actuelle (18 novembre 1930). Père cardiaque, mère dyspeptique, tous deux « très nerveux »,

Enfant, n'a pas été choyé par ses parents, mais élevé d'une manière sévère, il n'a jamais été habitué aux marques d'affection. Au lycée, avec ses camarades, il se révèle déjà comme un aboulique et un petit émotif anxieux. « Avec une bonne parole on aurait fait de moi ce qu'on aurait voulu, un reproche me rebutait. ». Avant les examens, il se trouvait très excité, agité, ne dormant plus... Quoique très intelligent, il ne put continuer les études à cause de ces réactions anxieuses et angoissantes.

Lui-même, s'analysant, reconnaît présenter des états tranchés de forte agitation alternant avec des états de dépression marquée, ou très actif ou très déprimé, il n'a pas connu d'états intermédiaires. Ces périodes alternent sans rythme, les changements survenant bien souvent sans raison appréciable.

Quand il se trouve en une de ces périodes actives, il est plein d'entrain, plein d'allant, il est confiant en l'avenir et sûr de lui-même, il entreprend plusieurs clients à la fois et emporte des commandes inespérées (il était représentant de commerce). Cependant, même en ces périodes hypomaniaques, il se trouve parfois aboulique, hésitant avant d'entreprendre une affaire nouvelle, avec crainte de ne pas réussir et angoisse précordiale. « Chaque fois qu'il y a eu un changement dans mon existence, il m'était difficile d'y faire face. Il m'a toujours fallu quelqu'un pour me décider, pour m'entraîner ou m'encourager à entreprendre quelque chose de nouveau. »

Et alors lorsqu'une déception, un échec survenaient, c'était la période dépressive, où toutes ces hésitations, ces craintes, cette perte de confiance s'accroissent. Il devient irritable, s'enferme et s'isole, reste allongé sans pouvoir bouger près d'une demi-journée, « broyant du noir ». Jamais il n'a eu d'idées de suicide. Parfois ces périodes dépressives surviennent *sine materia*. Elles disparaissent de même suivies d'une période d'activité, presque sans transition.

Avec cette aboulie, on constate une certaine plasticité de l'humeur qui lui fait subir et refléter le ton du milieu, « quelqu'un qui a des mauvaises idées (idées noires) me les communique de suite ». — « Je ne puis rester une semaine chez mes parents, je deviens comme eux irritable et pointilleux ».

Nous pourrions citer d'autres exemples d'anxiété, lorsqu'enfant il allait au cirque, son cœur se serrait à voir les exercices de trapèze, il craignait à chaque instant de voir tomber l'équilibriste. Ses réactions s'accompagnent de tremblement, de moiteur des mains, d'aneurexie avec diarrhée pâleuse, de transpiration du corps, de palpitations et d'angoisse rétro-sternale et épigastrique.

Malgré ses réactions dépressives et émotionnelles, il arrive très bien à s'adapter au milieu ambiant, son état de représentant de commerce et ses deux langues étrangères avant la guerre, et depuis son état de tailleur-coupeur, en sont la preuve.

Examen somatique. — Poumons : craquements au sommet droit et expiration saccadée en avant. Expectorations bacillifères (14 mars). Radioscopie (16 mai). Densification en légère marbrure s'étendant aux sommets. Présence de deux images claires superposées au sommet droit, à bordure fibreuse dense... Légère irrégularité du diaphragme droit. Pouls 19 (76). R. O.-C. = 16, positif. Réflexe pilomoteur intense.

Adrénaline Clin, injection sous-cutanée 1/2 mg. Pouls, 16. R. O.-C. = 18, négatif. Le sujet a été très abattu. T. A. au Vaquez 10/13.

Génésérine : injection sous-cutanée 2 mg. ; pouls, 17. R. O.-C. = 17, nul. Le sujet a été très fatigué.

Génatropine : injection sous-cutanée 2 mg. Réflexe pilomoteur exagéré. Myosis. Pouls, 14. R. O.-C. 14, nul.

Pilocarpine : 2 mg. *per os*. Réflexe pilo-moteur exagéré. Pouls 19. R. O.-C. = 20, inversé.

L'injection a été faite le matin, il fut abattu jusqu'à 15 heures, puis il se trouva « plus vigoureux que l'habitude, un peu énervé ».

Résumé. — *Constitution cyclothymique avec anxiété latente* pendant les périodes hypomaniaques, et très marquée pendant les périodes dépressives. Emotivité. Angoisse épigastrique.

Déséquilibre vago-sympathique, avec un état latent *vago-tonique*.

Hérédité alcoolique

OBSERVATION XII (Personnelle)

(Service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Militaire
Desgenettes. — Professeur Agrégé B. POMMÉ)

E.. Benoit, 21 ans, horticulteur (Juin-Juillet 1930).

Est envoyé de son régiment en observation pour somnambulisme.

Antécédents. — Grands-pères paternels et maternels ont été mineurs. Le père a été mineur, puis chauffourneur, mort à 48 ans. Sa mère, blanchisseuse, parle la nuit. Hérédité éthylique.

Lui-même a eu des convulsions, la coqueluche... Tout jeune, il rêvait tout haut et gesticulait la nuit ; à 7 ans sa mère lui en faisait la remarque. A 12 ans, il assiste à la mort de son père et est vivement impressionné, et, détail qu'il tient à rappeler, son grand-père mourut à 48 ans, son père n'en avait que 12, son père meurt à 48 ans il n'en a que 12 également.

A 14 ans, il présente alors une période dépressive marquée avec apathie et idée de suicide, mais sans aucune idée de culpabilité. Apprenti dans une usine, il change de métier et devient horticulteur. Ce changement calme son état.

Vers l'âge de 17 ans, après un coup de poing reçu le jour, il se réveilla subitement la nuit avec angoisse et une vision horrificante. Ces réveils se suivent ainsi pendant un an, à raison de 2 à 3 fois par semaine : réveil subit, vision de serpent dans le lit, chute dans un abîme, impression de danger imminent, tremblements, sueurs froides, claquement des dents, frissonnement, oppression, palpitations, et bien souvent émissions d'urines. Le malaise dure jusqu'au jour et ne se calme qu'au repas.

Ces crises se sont espacées et ont fait place à du somnambulisme. Il se lève et répète la nuit les gestes plus ou moins importants accomplis la veille. Parfois ce sont des actes qu'il aurait voulu, mais n'a pu accomplir, par exemple ayant été

pris à parti par son brigadier, il se leva la nuit et vint l'injurier et le menacer à son lit.

Dans la journée il a parfois une impression de danger. « J'ai toujours peur, nous écrit-il, voyant toujours les choses au pire avec la peur perpétuelle qu'il m'arrive ceci ou cela. Je vois parfois devant mes yeux des choses effrayantes, s'ouvrir des abîmes, des arbres de pierre qui tombent devant moi. » Parfois ce sont des animaux, chiens menaçants... Il a en même temps une sensation d'angoisse précordiale, cet état pantophobique, d'anxiété vague et indéterminée se prolonge jusqu'à la fin de la journée.

C'est pour une de ces crises somnambuliques arrivée à la caserne, qu'il fut envoyé en observation dans le Service (crise au cours de laquelle il aurait passé par la fenêtre, cassant un carreau).

Notons ses impulsions dipsomaniaques : « Il y en a qui boivent du vin pour l'amour du vin tandis que moi je bois pour l'amour de boire ; j'ai soif, je bois plus que je ne devrais boire, et pas d'alcool, ça me fait du mal. » Sa tendance schizoïde : « Si je pouvais faire construire de grands murs pour m'isoler du monde..., vivre au milieu de mes fleurs. » L'état schizoïde semble apparaître ici comme un effet de l'anxiété constitutionnelle secondée par une éducation et un milieu inappropriés. — Nous restons en correspondance avec lui, et nous avons pu ainsi retenir un geste de suicide.

Examen somatique : Aucun signe de dégénérescence. Exophtalmie. Réflexe pilomoteur très intense, raies vaso-motrices très accentuées avec dermatisme, T. A. au Vaquez 12/8.

Pouls 15 (60) ; R. O.-C. = 13-14-14-15, positif.

Le malade étant calme : R. O.-C. = 18, négatif.

Adrénaline Clin : injection sous-cutanée 1 mg. ; pouls 17 ; R.O.-C. 18.

Le malade a présenté un peu de tremblement aux repas, mais il fut calme tout le reste de la journée et de la nuit. Diarrhée nocturne vers 4 à 5 heures. L'anxiété est calmée.

Généserine : injection sous-cutanée, 2mg. Le réflexe pilomoteur et les raies vago-motrices sont plus intenses ; le malade est oppressé toute la journée avec nausée, énervement,

anxiété, nuit agitée, somnambulisme. — Pouls 16 ; R. O. C. = 12, très positif.

Pilocarpine : injection sous-cutanée 1 c/g. — T. A. 11/7 1/2. Le réflexe pilo-moteur et les raies vaso-motrices sont plus accentuées. *Mêmes réactions d'anxiété*. — Pouls 18. R. O. C. 12, très positif.

Résumé. — *Hérédité éthylique, anxiété et angoisse paroxystiques* concordant avec des phases *vagotoniques*.

Commotion - Emotion

Emotivité acquise

OBSERVATION XIII (*Personnelle*)

(*Service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Militaire*
Desgenettes. — Professeur Agrégé B. POMMÉ)

Commandant P., 55 ans (Mai 1930).

A été très « *fatigué* » en juin 1916 à Verdun ; après quelques mois de surmenage intensif, étant chef d'une batterie d'artillerie lourde et ne se nourrissant que de pain trempé de café, sa compagnie a subi un « *marmelage* » pendant 48 à 72 heures. A la suite de cela il remarque de l'amnésie de fixation ; faisant appeler un officier, il ne sait plus ce qu'il devait lui dire ; il note sur un calepin, mais ces notes restent mystérieuses pour lui, il ne les comprend plus.

Il est alors évacué, et c'est à l'arrière qu'il présente de la confusion stuporeuse qui fait suite à l'état d'excitation du front. Il est alors apathique, confus, avec amnésie totale, emotivité, un mot lui rappelant la guerre le fait pleurer ; le bruit l'irrite. Enfin 6 mois à la campagne lui permettent de récupérer ses facultés : sa mémoire et la maîtrise de lui-même.

Mais cependant il lui est resté une certaine irritabilité qui se manifeste par la soudaineté et l'intensité des éclats.

Examen somatique. — Troubles paresthésiques des extrémités et sensation de fourmillement. Sudation du front. Parfois phénomènes de striction rétro-sternale avec légère tachycardie ; réflexe pilo-moteur sensible.

Pouls 22' (88). — R. O.-C. = 23 tantôt positif.

19 (76). — R. O.-C. = 18 tantôt négatif.

Pilocarpine : injection sous-cutanée 5 mg. ; pouls 19. -- R. O.-C. = 17.

Résumé. — Etat acquis d'*hyperémotivité* avec déséquilibre vago-sympathique important. — *Sympathicotonique*.

OBSERVATION XIV (en collaboration avec le Dr ROUSSEAU)

(Service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Militaire
Desgenettes. — Professeur Agrégé B. POMMÉ)

Capitaine G..., 36 ans (Novembre 1930)

A été blessé à l'abdomen, mais avec irradiation douloureuse au talon droit.

Il présente peu après des accès de dépression amorcés par de l'incertitude du doute, du manque de suite. Le lendemain il ne pouvait se lever ; aboulisme, son imagination vagabondait, ne s'arrêtant que sur l'idée de suicide. Sentiment de honte, d'incomplétude, il croit ne pouvoir être à la hauteur de sa tâche, il croit que ses livres de comptabilité sont mal tenus, et cependant son colonel n'a que des éloges à lui faire. Sentiment d'infériorité ; il admire un caporal indigène travaillant, se sentant incapable d'en faire autant, mais lui enviant surtout sa placidité d'esprit.

Il fait du mentisme parfois, se pose des questions métaphysiques : « le but de la vie, l'équilibre des Sociétés, la cause des révolutions... ». Très consciencieux et scrupuleux, il pense ne rien savoir et se documente sur chacune des questions, achetant force livres.... Il a toujours « peur de ne pas bien faire, je compliquais tout, je me torturais l'esprit. » Se sépare de sa femme parce qu'il se croit un mauvais mari...

Parfois il présente des réactions un peu fortes, telle qu'une crise de larmes sur le parvis d'une église un jour de fête religieuse. Il présente à présent des « peurs irraisonnées » des chars et des autos qu'il connaît depuis longtemps. Il a toujours peur de quelque chose d'indéfinissable et il s'en rend compte, présentant en même temps un « tremblement intérieur ». Cependant, dans l'enfance il était très sensible, très enthousiaste ; « il avait du culot, mais tremblait tout de même ».

Examen somatique. — Diarrhée dysentérique en 1917, mais cette diarrhée réapparaît plus accusée lorsque le malade est anxieux. — Ptose gastrique très accentuée. Eblouissements et vertiges. Pieds froids. T. A. au Vaquez 12 1/2/8 1/2.

Pouls 20. — R. O.-C. = 15-18-18-19

20. — R. O.-C. = 16-17-18-18, fortement positifs. alors que le malade est plus agité :

Pouls 21. — R. O.-C. = 16-17-18-19.

Adrénaline Clin : injection sous-cutanée 1/2 mg., 1/2 heure après. — Pouls 20. — R. O.-C. = 16-18, sans changement.

Résumé. — Pouvons-nous parler d'un état anxieux constitutionnel ? Il semble au contraire qu'il soit acquis, survenant après sa blessure et les chocs émotifs de la guerre. Quoiqu'il en soit, nous dirons *état anxieux avec vagotonie marquée*.

OBSERVATION XV (Personnelle)

(Service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Militaire
Desgenettes. — Professeur Agrégé B. POMMÉ)

N... Jean, 48 ans, employé (Juin 1930).

Antécédents. — Père mort d'un cancer, sa femme, paré-siée, a eu deux fausses-couches.

Commotionné en 1916, il resta pendant 6 jours dans une sorte de confusion onirique. Peu après, rentré chez lui, il présentait encore un délire onirique, battant sa femme la nuit, dans son rêve, et le matin au réveil : amnésie complète. A présent, il est irritable, impressionnable, surexcité surtout aux temps d'orage. Il ne lui faut pas de soucis, pas de « cas-

sements de tête ». Son attention est rapidement épuisée, il se fatigue à la lecture. Il ne prend ni café ni alcool qui l'excitent davantage. Notons son anxiété intermittente, alternant avec des phases d'émotivité. Ainsi, à de certains moments, il voit l'avenir en noir et plusieurs fois l'idée de suicide a frôlé son esprit.

Examen somatique. — Diarrhée post-prandiale. Sudation facile, extrémités froides, « pieds gelés », tremblements. Angoisse : « les nerfs se crispent au cœur », palpitations, anorexie, urines claires impérieuses. T. A. au Vaquez 14 1/2/9 1/2 ; pouls 17 (68). — R. O.-C. = 18-19-17-13, négatif.

Remarquer la bradycardie compensatrice qui suit la tachycardie. C'est encore un signe de déséquilibre du système Grand Sympathique.

Résumé. — *Emotivité* et état anxieux acquis. — *Sympathicotonique.*

OBSERVATION XVI (*Personnelle*)

(*Service de Neuro-psychiatrie de l'Hôpital Militaire
Villemanzy. — Professeur Agrégé B. POMMÉ*)

Dup., Pierre, 31 ans (Mars 1930)

Il s'agit d'un malade qui vient consulter à la suite d'un diagnostic d'entéronévrose.

Antécédents. — Mère diabétique. Rougeole et bronchite, base gauche sensible au froid, radioscopie négative.

Emotif, irritable, impatient, il s'emporte facilement, il sent ses « nerfs en pelote » et parfois il a « une tenaille qui lui mord l'épigastre ».

Examen somatique. — C'est en 1918 qu'à la suite « d'un surmenage dans les usines de la Guerre », il aurait eu un amaigrissement marqué de plus de 12 kg., avec asthénie progressive, sans autres signes fonctionnels. Un autre examen pratique aurait découvert une *plose gastrique* très marquée et vérifiée à la radioscopie et avec clapotage à jeûn. Depuis, il suit assez régulièrement un régime végétarien et lacté ; par-

fois, le matin au réveil, pesanteur, céphalée en casque... La ptose gastrique existe encore à l'heure actuelle, mais moins prononcée, avec syndrome dyspeptique et selles pâteuses.

T. A₂ au Vaquez : 13/ 8 1/2. — Frilosité, sudation facile, extrémités froides, pouls 15 (60), R. O.-C. 18. — Réflexe palato-cardiaque = 18. R. S. positif ; en période digestive le R. O.-C. = 13 est devenu négatif.

Adrénaline : injection sous-cutanée de 1 cc. — Pouls 18, puis 17 (68). — R. O.-C. = 15. — R. P.-C. = 15. L'adrénaline quoiqu'augmentant le pouls, produit un effet vagotrope sur les réflexes.

Pilocarpine per os : 3 mg. ; pouls 15. — R. O.-C. = 13. — R. P.-C. = 14.

Résumé. — *Etat émotif* qui semble acquis à la suite d'un amaigrissement important, avec ptose gastrique et *Sympathicotomie*.

L'anxiété dans les Psychopathies : Mélancolie

OBSERVATION XVII (*Personnelle*)

(*Clinique psychiatrique de l'Asile de Bron. —
Professeur J. LÉPINE*)

Bar..., née Bur..., Catherine, 55 ans, épicière (Janvier 1930).
Deux fils de 36 et 25 ans. — deux enfants morts à 4 mois et 15 jours de convulsions.

Jusqu'à la ménopause, nous la trouvons anxieuse : « J'étais toujours tourmentée, j'avais peur que les deux bouts ne se touchent pas ». A 45 ans, elle commence à déclarer qu'elle « ne mourrait jamais » et qu'elle « va mettre fin à ses jours ». « Du matin au soir j'étais là à penser si je pouvais m'empoisonner, ou me tuer par l'eau, mais j'aurais essayé la corde,

dors on m'a internée ». Dans le service où elle se trouve depuis 10 ans, elle est couchée, et parfois on est obligé de la pousser à se nourrir. Elle ne cesse de se plaindre et geint d'une façon continue : « Je ne mourrai jamais ; tuez-moi, un coup de revolver ; c'est affreux de ne pouvoir mourir ». « Je n'ai plus de cœur, plus de cervelle, plus de sang humain ; j'ai du sang de bête, je suis devenue un singe. ». Ce délire de transformation (délire métabolique) est intermittent, mais celui de négation d'organes persiste tout le temps. Elle n'en a pas, mais elle ne nous dit pas comment cette disparition d'organes s'est faite, ils ne sont pas pourris, on ne les a pas enlevés. Par contre, c'est elle qui a exterminé le monde. « Depuis ce matin, j'ai tout tué, mes deux fils je les ai tués, j'ai tué tout l'univers ». C'est le délire d'énormité, énormité dans la destruction. Elle nie ses organes, mais pas son existence, ni la réalité extérieure ; elle se croit cependant, à certains moments, damnée, mais non possédée. Enfin sa pensée lui échappe : « Je ne puis plus penser, ni à mes enfants. » Nous n'insisterons pas sur son anxiété dénuée d'angoisse, nous ne l'avons pas rencontrée chez elle. « C'est affreux, la mort serait pour moi une délivrance ». Elle est sujette à des paroxysmes d'anxiété, nous n'avons pu la saisir pendant une de ces crises.

Examen somatique. — T. A. au Pachon : 17/10.

Pouls 17 (68) — R. O.-C. = 14-16-16.

19 (76). — R. O.-C. 14.

13 (52). — R. O.-C. 11.

à trois jours différents les trois réflexes sont fortement positifs.

Adrénaline Clin : injection sous-cutanée 1/2 mg. — T. A. au Pachon 19/10.

Pouls 20 (80). — R. O.-C. = 14-17-20.

L'adrénaline n'a eu d'effet que sur la tachycardie et l'élévation de la tension maxima.

Résumé. — Délire de négation, délire d'énormité, d'immortalité, de transformation, mélancolie, *anxiété*, nous avons là le *Syndrome décrit par COTARD* (cf. Bibliographie). *Vagotonie accentuée.*

OBSERVATION XVIII (*Personnelle*)

(*Clinique psychiatrique de l'Asile de Bron. —
Professeur J. LÉPINE*)

M^{me} Gan... (Décembre 1929), une trentaine d'année. Institutrice. *Mélancolie anxieuse* avec tentative de suicide. — Mutisme, masturbation. T. A. au Pachon : 18/11 ; pouls : 20 ; R. O.-C. = 17. *Vagotonique*.

OBSERVATION XIX (*Personnelle*)

(*Clinique psychiatrique de l'Asile de Bron. —
Professeur J. LÉPINE*)

D... Marie, 35 ans, dactylographe (Février 1930). *

Idées délirantes de persécution avec hallucinations auditives. Elle entend son frère. Elle a été menaçante et a fait une tentative de suicide à l'Hô^tel-Dieu en essayant d'avaler de l'acide nitrique. Dactylographe, elle jouait à la Bourse, mais on retrouve à ce moment-là une interprétation délirante et des hallucinations. Mythomane, mystique, un peu déséquilibrée, elle présente des alternatives de dépression anxieuse et agitation violente avec délire.

Actuellement elle est dans une phase de dépression mélancolique avec idées d'uto-accusation, et l'*examen somatique* donne : T. A. au Pachon : 16/8. — Réflexe solaire positif. — Pouls : 14 (56). — R. O.-C. = 15.

Résumé. — Hallucinations, interprétation, *anxiété mélancolique*, agitation. — *Sympathicotonique*.

OBSERVATION XX (*Personnelle*)

(*Clinique psychiatrique de l'Asile de Bron. —
Professeur J. LÉPINE*)

Pour... Joseph, 53 ans, dessinateur (Janvier 1930)

Déclare qu'il ne peut plus reconnaître sa femme, ni sa fille âgée de 18 ans. Il ne peut évoquer leur image. Il souffre

fre de cet état et dit qu'il a perdu la raison, et appelle la mort ; cependant il trouve le moyen de faire quelques mots d'esprit.

Il a toujours été anxieux avec crainte perpétuelle d'un malheur inconnu, ainsi lorsque sa femme s'absentait trop longtemps. Il était émotif et anxieux. Tentative de suicide en août 1919.

A présent (Novembre 1930) après des phases diverses, moments où il était calme, il est revenu en ces moments où son délire est exacerbé, il se croit changé en bête et pousse des rugissements. Cependant, et quoiqu'il affirme n'avoir plus l'image de qui que ce soit en son esprit, il nous reconnaît très bien.

Examen somatique. — Il ne peut réprimer un tremblement de tout le corps. Réflexe pilo-moteur superbe. Réflexes tendineux vifs. Alternative de constipation et de diarrhée pâteuse. Foie gros, non douloureux. Nombreux petits angiomes.

Antécédents : Père mort d'affection indéterminée, mère morte hépatique. Une fille un peu « nerveuse ». Une fille morte de convulsions en bas âge. Sa femme a eu une fausse-couche.

A 23 ans, chancre syphilitique. Wassermann négatif en Novembre 1929.

T. A. au Pachon : 18/11.

Pouls 23 (92). — R. O.-C. = 24. Inversé.

22 (88). — R. O.-C. = 24.

23. — R. O.-C. = 25.

24. — R. O.-C. = 27.

En période digestive : pouls 25. — R. O.-C. = 20.

Pilocarpine : injection sous-cutanée 5 mg. Réflexe pilo-moteur intense et sudation marquée. — Pouls 28. — R. O.-C. = 28. — Nul.

Le malade est plus agité, plus tremblant, l'anxiété est plus grande. — 2^e injection : pouls 26. — R. O.-C. = 26. — Nul.

Tremblement très accentué et agitation maniaque avec rire, pleurs, jeux de mots, agitation qui a duré plus de 24 heures.

Génésérine : injection sous-cutanée 1 mg. — Pouls 23. — R. O.-C. = 25. — Inversé.

Deuxième injection : Pouls 21. — R. O.-C. = 18. — Positif.

Réaction maniaque.

Adrénaline Clin : injection sous-cutanée 1/2 mg. — Pouls
25. — R. O.-C. 23. Positif.

Le malade a été anxieux et mélancolique tout le jour.

Résumé. — *Mélancolie anxieuse* avec dédoublement de la personnalité chez un anxieux constitutionnel. Grand *déséquilibre vago-sympathique* avec forte *prédominance sympathicotonique*.

Anxiété post-confusionnelle

OBSERVATION XXI (*Personnelle*)

(*Service de Neuro-psychiatrie de l'Hôpital Militaire*
Desgenettes. — *Professeur Agrégé B. POMMÉ*)

Gr... Henri, 21 ans (Mai 1930).

Ce jeune soldat est envoyé dans le service avec le diagnostic suivant : « Bouffée confusionnelle aiguë avec appoint anxieux, léger état infectieux » parce que subfébrile.

Il nous apparaît avec un masque stuporeux, et tout à la fois confus et anxieux. Confus il l'était encore quand nous le vîmes pour la première fois, ne sachant où il se trouvait, quel jour nous étions... Ses paroles sont : « Vous n'allez pas me faire du mal, qu'est-ce qu'on va me faire, qui êtes-vous, ne me faites pas souffrir je vous en prie. »

Nous le revoyons huit jours après, sa confusion s'est dissipée. Son affectivité paraît peu développée, ou encore amoindrie, une visite de sa tante le laisse indifférent. Son instruction est primaire, mais son indifférence à toutes choses paraît tenir plus à sa débilité, à son peu de richesse intellectuelle à échanger, qu'à un état schizoïde constitutionnel.

Chez lui, il aidait ses parents à travailler la terre, sortant

peu, ayant peu de relations, ne s'enivrant pas, mais il avoue boire de 1 à 3 litres de vin aux repas.

Jeune soldat débile. Arrivé au corps, les premières fatigues ont dû créer en lui un état confusionnel, peut-être d'origine endotoxique. Cette débilité et cette confusion ont été remarquées par les camarades et sergent qui l'ont mené immédiatement à la visite.

Il est à remarquer qu'il a présenté, il y a 2 ou 3 ans, un accès de phobie des hommes, il ne voulait plus voir personne. Il avait « peur qu'on se moque de lui, parce qu'il n'était pas comme les autres ». Il va être réformé, et il est malheureux de ce fait : « Qu'est-ce qu'on va dire chez moi ? » interroge-t-il avec un facies douloureux.

Examen somatique. — Face rougeaude, exophtalmie, voix lente et monotone, hypotonie de tous les muscles. T. A. au Pachon 10/6. Oscillations minimales en période très anxieuse. Pouls 15 (60). R. O.-C. = 16-17-18-78. — Inversé.

L'anxiété ayant diminué : pouls 17 (68). R. O.-C. = 17-16-15-14. — Positif.

Adrénaline : injection sous-cutanée 1/2 mg. — T. A. au Pachon 10/7, oscillations plus amples. — Pouls 17 (68). — R. O.-C. = 20-18-16-17.

Résumé. — Il s'agit d'une *anxiété post-confusionnelle* d'origine endotoxique possible survenant chez un soldat débile nouvellement incorporé. Concomitamment avec son anxiété, état *vagotonique*.

QUATRIÈME PARTIE

Synthèse et Orientation

CHAPITRE PREMIER

Analyse et Synthèse

Ces quelques observations illustrent par des exemples cliniques la deuxième partie que nous avons consacrée à la description sommaire de la physionomie de l'Émotif et de l'Anxieux.

Nous avons groupé ces observations en trois classes. Dans la première nous avons choisi douze observations d'émotifs et d'émotifs anxieux, chez qui nous n'avons pu trouver un début précis de leurs troubles, ils sont nés ainsi constitués : émotifs ou anxieux. Dans le deuxième groupe, de l'Obs. XIII à l'Obs. XVI, nous y avons mis des états que l'on peut rapporter à une étiologie, telle qu'une commotion ou un surmenage intensif, leur état a eu un commencement. Enfin dans le troisième groupe se trouvent cinq Observations d'anxiété qui ont déjà évolué vers la névrose et même la psychose.

Lorsqu'on étudie de plus près ces observations (can-

tonnons-nous dans les douze premières, les plus instructives) nous sommes frappés d'un parallélisme entre les réactions psychiques et les réactions somatiques. La réaction émotive est diffuse et bouleverse, avons-nous dit, « l'équilibre micellaire des sentiments et des jugements », de même les réactions somatiques de l'émotif sont diffuses, désordonnées. Toutes se produisent dans le domaine vago-sympathique, témoignant ainsi une susceptibilité très grande de ce système en entier. Les épreuves pharmacodynamiques que nous avons employées ne font que confirmer cette donnée. D'autre part le déséquilibre de ce système se fait au profit du sympathique. Des deux parties, c'est lui le plus susceptible (Obs. I, IV, V, VI, VII).

Chez les anxieux nous avons moins de réactions physiologiques désordonnées (Obs. II, VIII, IX, XII) ; elles sont plus disciplinées, se localisant sur un point : bégaiement (Obs. VIII), rougeur du visage (Obs. IX), ou se manifestant par l'angoisse (Obs. X, XII). Le sens du déséquilibre se fait ici vers la Vagotonie le Pneumogastrique étant le nerf de l'angoisse, nos résultats concordent avec nos classiques (BRISSAUD). L'Obs. III semble cependant nous contredire. Voici une malade émotive essentiellement et qui est, nonobstant cela, Vagotonique. Mais nous avons une explication à ce fait, l'émotivité n'exclue pas l'anxiété, et cette malade était très inquiète au sujet de son sort médical au moment où nous l'examinions.

Le groupe des émotifs et anxieux non constitutionnels confirme ce que nous venons de dire ; l'Obs. XIV montre un beau type d'anxieux fortement vagotoni-

que, et les Obs. XIII, XV et XVI des émotifs nettement sympathicotoniques.

Nous tiendrons moins compte des quatre avant-dernières observations, car ici nous avons affaire à des psychoses. Remarquons le Syndrome de Cotard (Obs. XVII) et la Mélancolie anxieuse de l'Obs. XVIII qui sont vagotoniques. L'Obs. XIX est discordante. L'Obs. XX ne nous retiendra guère plus, remarquons simplement le déséquilibre et la susceptibilité très grande du Sympathique, les résultats discordants dans les examens pharmacodynamiques, où les substances ne produisent pas les R. O.-C. que l'on attendrait, et les réactions psychiques inverses de celles que ces R. O.-C. laissent prévoir. La dernière Observation n'entre pas dans le cadre des psychoses, cependant nous l'avons placée là car l'anxiété qu'elle présente nous paraît être transitoire et non pas un état définitif acquis. Nous n'avons retrouvé aucune trace, si ce n'est cette « phobie des hommes », d'anxiété constitutionnelle. Cette phase transitoire nous semble avoir été de même nature que la phase confusionnelle que nous avons étudiée.

Si nous nous reportons aux travaux antérieurs, nous trouvons d'abord une grande étude de J. EUZIERE et J. MARGAROT publiée dans l'Encéphale 1920. Cette étude porte sur 60 cas. C'est beaucoup, ces auteurs les ont groupés en « syndromes anxieux permanents », et en « syndromes au cours desquels l'anxiété et l'angoisse sont au second plan ». Et ils concluent :

« 1° L'activité du Sympathique l'emporte habituel-

lement sur celle du vague au cours des états anxieux.

« 2° Elle est d'autant plus marquée que l'anxiété est elle-même plus vive.

« 3° Ses variations présentent un parallélisme beaucoup plus rigoureux encore avec les divers degrés de l'élément physique de l'anxiété, c'est-à-dire avec les divers degrés de l'angoisse. »

Car ces auteurs considèrent l'angoisse « comme étroitement liée à une activité anormale du Sympathique » quoiqu'elle puisse « s'accompagner de manifestations se produisant dans le domaine du système vague ».

Nous pensons que ces auteurs n'ont fait aucune distinction entre l'émotif et l'anxieux. Leurs observations ne comportent pas toutes un R. O.-C., et quelques-uns de ces R. O.-C. sont positifs, ils n'en ont tenu nullement compte. D'autre part, nous ne sommes pas du même avis qu'eux quant à l'angoisse « phénomène sympathique ». Nous adoptons au contraire, après l'étude de nos observations, l'opinion de BRISAUD qui fait de l'Angoisse un phénomène bulbaire et éminemment pneumogastrique.

HARTENBERG, étudiant les « Psychonévroses anxieuses », s'est basé sur les travaux d'EUZIÈRE et MARGAROT, pour le sens du déséquilibre vago-sympathique de ses anxieux.

D. SANTENOISE et P. ABÉLY, insistant sur « l'importance considérable d'une technique précise et d'une critique serrée », reprennent, en 1923, les recherches d'EUZIÈRE et MARGAROT. Employant des méthodes gra-

phiques et des épreuves pharmacodynamiques, ils trouvent tout au contraire une Vagotonie dans les anxiétés de la folie périodique et des thyroïdiens, un R. O.-C. de peu d'ampleur et un Réflexe Solaire positif chez les anxieux délirants persécutés, les hypochondriaques anxieux, le Syndrome de Cotard, la mélancolie d'involution, et dans les constitutions anxieuses et émotives. Le Réflexe Solaire est négatif chez les mélancoliques affectifs et dans l'angoisse des obsédés.

Ces résultats ne concordent pas tout à fait avec les nôtres. Notre syndrome de Cotard est vagotonique, nos anxieux constitutionnels et nos obsédés et phobiques également, quant à nos émotifs ils sont sympathicotoniques.

GERMAIN GERBRIAN, dans les *Archivos de Neurobiologia* (1926), de Madrid, conclue à un état sympathicotonique concordant avec le tableau d'anxiété. — Nous sommes d'accord avec lui sur ce point que l'adrénaline exagère l'anxiété, mais la pilocarpine ou l'ésérine ont également une action sur l'anxiété, nos observations le prouvent.

Enfin J.-B. LOGRE, en 1926, reprenant le travail qu'il a publié avec DEVAUX sur « les Anxieux », distingue chez ces malades des émotifs à « émotivité réactionnelle, sujets à des chocs émotifs circonstanciés », et des émotifs à « anxiété plus spontanée, immotivée ».

Les premiers sont, en général, sympathicotoniques, les seconds vagotoniques. Nos travaux concordent en tous points avec les conclusions de cet auteur autant

en ce qui concerne la distinction de l'émotif et de l'anxieux, qu'en ce qui concerne le sens de leur déséquilibre vago-sympathique.

L'on pourrait trouver dans la littérature des communications d'anxieux et d'émotifs à déséquilibre vago-sympathique, chez lesquels on retrouvera les distinctions que nous avons faites, et qui présentent, comme nos malades, des sympathicotones et des vagotones selon les cas. Nous avons réunis un certain nombre de ces communications dans notre bibliographie.

CHAPITRE II

Orientation

Essai d'Étiologie et de Pathogénie Traitement

Les douze premières observations concernent des Emotifs ou Anxieux constitutionnels ; c'est-à-dire que l'on retrouve toujours dans leur enfance un fait quelconque qui puisse nous révéler leur affectivité pathologique. Cela est difficile parfois, d'abord parce que l'enfant est normalement quelque peu émotif, ensuite du fait de l'oubli des faits du premier âge. Il faudrait presque en faire une psychanalyse. Nous ne recommandons point ce procédé que nous n'avons point employé, l'interrogatoire peut suffire le plus souvent.

Mais si ces sujets sont nés ainsi constitués, existe-t-il quelque chose qui puisse nous en donner la raison ? Pourquoi dans une famille un frère est-il émotif et ses sœurs ne le sont point ? L'hérédité nerveuse ? Nous l'avons trouvé dans deux cas (Obs. V et XI), mais encore faudrait-il s'entendre sur le sens de ce mot nerveux que le public emploie. Il correspond en général au psychasténique, à l'homme irritable... Dans deux autres cas (Obs. II et XII), nous retrouvons une origine alcoolique chez les parents (1) qui peut nous

(1) Voir la *Thèse* du Docteur PIERRE BERGONDI. L'Hérédité alcoolique (La Blastotoxie). Lyon, Nov. 1930.

expliquer des perturbations organiques. Mais il nous reste huit cas où nous ne retrouvons ni l'hérédité nerveuse, ni l'alcool, ni la syphilis, ni la tuberculose, ni l'arthritisme..., nous sommes néanmoins en droit de les supposer.

Quant aux Observations XIII, XIV, XV, XVI, nous ferons remarquer que l'émotivité de ces commotionnés ou de ces surmenés n'a pas la même physiologie clinique de celles étudiées plus haut. Et encore l'origine congénitale pourrait être discutée dans les Observations XIV et XVI, DUPRÉ et LOGRE, à l'Académie de Médecine, en 1918, et H. LE SAVOUREUX, ont discuté sur rapports de la Commotion et de l'Emotion. ils existent, ils sont indubitables.

La malade de l'Obs. XVII, syndrome de Cotard a toujours été anxieuse, de même les malades des Observations suivantes. Quant à l'Obs. XXI, le doute n'est pas permis sur l'origine organique de son anxiété.

Faut-il en accuser l'éducation ? « Voilà, pour beaucoup de Médecins, M. BOUVERET entre autres, la grande responsable » écrit le Professeur J. LÉPINE dans son rapport sur la Pathogénie des Etats neurasthéniques. L'éducation façonne une matière brute, mais elle ne peut créer ; par des habitudes, par des notions morales ou religieuses, elle peut endiguer, discipliner quelques manifestations, mais elle est parfois impuissante. La pierre de taille ne donnera pas le poli et le marbre. MAURICE DE FLEURY remarque que si l'éducation britannique donne le calme à ses enfants, elle ne les empêche pas de rougir avec plus de facilité.

Rechercher la cause de l'affectivité pathologique

dans le déséquilibre vago-sympathique n'est pas du tout résoudre le problème de l'Hérédité, et trouverait-on dans tous les cas une étiologie héréditaire plausible à ce déséquilibre organique, il nous resterait à rechercher comment les perturbations psychiques que nous avons étudiées sont liées à ce déséquilibre héréditaire.

Ce problème, de médical et psychiatrique, devient philosophique et psychologique. Gardons-nous bien, nous dit AUGUSTE COMTE de perdre la Science parmi les arcanes de la Métaphysique. Que l'on adopte les théories de WILLIAM JAMES et de LANGE sur la théorie périphérique, organiciste dirions-nous, des émotions, et suivant laquelle l'émotion ne serait que la conscience des phénomènes somatiques ; que l'on se rapporte à RIBOT qui dit que les phénomènes psychiques et physiques concomitants sont la traduction sur deux plans différents du même fait ; que l'on soit spiritualiste ou intellectualiste..., on n'aura pas encore résolu la question. La vérité se trouve en partie dans chacune de ces théories, et chacune d'elle pourrait trouver sa confirmation en Psychiatrie. Il est des émotions psychogènes ou idéogènes, nous en avons vu des exemples, voilà pour les spiritualistes ; et voici pour les organicistes, pour les matérialistes : nos observations donnent des exemples de manifestations organiques déclanchant secondairement l'anxiété ; et Pascal lui-même ne recommandait-il pas aux esprits forts de son siècle de faire « tout comme s'ils croyaient, en prenant de l'eau bénite, en faisant dire des messes », car ce signe de la prière élevait leur

âme vers le divin. Enfin, et c'est la majorité des cas, les deux phénomènes sont concomitants et l'on ne peut savoir lequel des deux a le pas sur l'autre ; de cette constatation, ralliant les deux théories opposées ci-dessus, est née la théorie de TH. RIBOT.

En réalité ce problème reste fort complexe et même quelque peu obscur. La thérie de BERGSON faisant naître la perception consciente de la perception sensorielle et cénesthésique, et la sensation affective de cette perception, nous paraît plus séduisante, et nous l'adopterions volontiers. Mais, croyons-nous, le plus sage pour le scientifique et pour le psychiatre qui se soumet à la discipline médicale, est d'observer les faits dans le domaine qui leur est dévolu, les groupant et cherchant les lois de leurs associations et de leurs apparitions.

Ici encore, le philosophe peut nous reprendre ; armé de la doctrine bergsonienne de la liberté, il nous objectera que les manifestations psychiques sont contingentes et par conséquent ne sont soumises à aucune loi, à aucune règle ; que nous ne saurions prévoir tel ou tel fait psychique qui ne se produit que par la volonté du sujet ; et que d'autre part pour conduire à bien une étude psychiatrique, nous sommes obligés de disséquer la personnalité du sujet ; n'ayant plus que des organes agissant chacun pour leur compte, et perdant ainsi la vue d'ensemble de la personnalité, l'examen physiologique ne saurait renseigner sur la marche de l'organisme tout entier. Ces philosophes possèdent au plus haut point l'esprit de finesse et l'intuition psychologique, ils usent abondamment de

l'introspection plus que de l'observation, ils devinent l'âme plus qu'ils ne la regardent. Ces qualités-là, beaucoup de médecins les possèdent également, et le psychiâtre est aussi psychologue quand il examine son malade, mais il joint à ces qualités la discipline scientifique que l'observation des faits impose. La Clinique nous a appris que si l'on ne surveille pas un mélancolique, quelles que soient sa volonté, sa morale ou sa religion, il se suicidera fatalement. — D'autre part, si l'étude physiologique de l'intestin ou du cœur ne saurait nous donner une idée de l'organisme tout entier, par contre, la Physiologie, synthèse de ces études élémentaires, nous retrace la physionomie complète que l'analyse nous avait fait perdre de vue. Ainsi procède le psychiâtre qui, quoiqu'on en dise, après l'analyse, retrace la physionomie de son malade, englobant dans une même vue le corps et l'âme. Et puis BLONDEL n'a-t-il pas écrit que « *la conscience morbide est irréductible à la conscience saine* » ? Et nous répondrons à cette critique de philosophe par ce mot de CLÉRAMBAULT : « On ne peut expliquer un délire d'interprétation par les moyens de la psychologie normale ».

Un mot encore sur les localisations organiques. L'angoisse étant un phénomène pneumogastrique, on a voulu faire du bulbe le lieu de jonction entre l'âme et le corps, le siège des émotions. Mais les manifestations psychiques dépassent les territoires du bulbe, s'étendant à tout le domaine du Grand Sympathique, c'est-à-dire à tout l'organisme. Alors on a parlé de la

corticalité. L'émotion, phénomène cortical, nous retrouvons cette idée dans la 8^e Edition du Testut (tome III), il y est parlé de centres corticaux du sympathique, en se référant à l'émotion que nous avons étudiée ; or nous ne plaçons l'émotion nulle part, et recherchons, au contraire, les centres supérieurs sympathiques ; ainsi donc, même en nous autorisant de l'exemple de la zone Rolandique, nous ne pouvons, en toute conscience, affirmer, non plus qu'infirmier l'émotion corticale.

Nous avons parlé de BUSCAINO qui conclut bien à la nature réflexe de l'expression physique des émotions, mais il rapporte leur siège aux masses grises diencéphalo-mésencéphaliques. Leurs lésions entraîneraient des troubles graves dans l'expression des émotions alors que les lésions corticales la laissent indemne. Il lie l'émotion, phénomène subjectif, à la corticalité, et relie sa tonalité particulière à l'intensité de l'excitation des centres nodulaires gris.

Cette hypothèse est très séduisante. On a déjà voulu faire de ces noyaux striés les centres supérieurs régulateurs du Grand Sympathique, les Parkinsoniens n'ont plus l'expression habituelle des émotions, et nous avons vu l'hypothèse sympathique soulevée chez le parkinsonien. On connaît aussi l'influence, restreinte il est vrai, mais réelle tout de même, du psychisme sur les manifestations striées et par conséquent organiques telles que tics, mouvements choréiformes, etc. Quoiqu'il en soit, nous voyons là une mine de recherches, en admettant que des centres organiques des émotions puissent exister.

Rapportons encore les travaux d'AUGUSTE LUMIÈRE sur le « *Rôle des facteurs émotifs dans les troubles fonctionnels et les affections organiques* », rôle qu'il fait jouer à l'émotion par l'intermédiaire du Sympathique et d'un déséquilibre colloïdal produit dans les humeurs, avec floculation et nouvel équilibre instable micellaire. Nous avons déjà vu les altérations du Ca et du K plasmatique, les variations du pH sanguin et du pH urinaire. Tous ces phénomènes biologiques, et les autres que nous avons déjà étudiés, qui se produisent au cours ou à la suite de l'émotion, ne sauraient, jusqu'à présent, nous donner la clef du mystère, nous révéler ce *nexu*s, cette articulation entre l'âme et le corps.

Notre travail ne devait pas envisager le traitement de ces états psychiques, cependant nous ne pouvons passer ce point sous silence, nous en dirons quelques mots, nous donnerons quelques indications qui découlent de nos conclusions. Nous avons trouvé les émotifs et les anxieux, *amphotoniques* ; il nous faudra donc leur donner, cela se conçoit, des sédatifs des deux systèmes : *cratægus*, *passiflora*, *salix alba*, *ballote*... pour le sympathique ; et pour le parasympathique *bromures*, *gardénal* et substances de la série *mallo-nylurée*, *belladone* et *atropine*, *somnifène*, et même en dernier ressort, mais bien prudemment, *opium* et *morphine*.

Nous préférons les sédatifs aux excitants : *adrénaline*, *ésérine*, *pilocarpine*, *insuline*..., car, avons-nous dit, les deux systèmes sont hypertoniques, et ces subs-

tances qui sont amphotropes, agissent plus sur le système le plus hypertonique et par conséquent le plus sensibilisé. — Nos Observations ont montré les exemples d'action amphotonique de l'adrénaline, entre autres, qui, outre des manifestations sympathicomimétiques, faisait apparaître des manifestations vagomimétiques plus intenses.

Selon que l'on a affaire à un émotif ou à un anxieux, on dosera ses sédatifs afin d'agir plus sur l'un ou l'autre des deux systèmes. Concurramment, et autant que cela est possible, on entreprendra un traitement étiologique (ptose gastrique, goître...).

Enfin le dernier, mais non le moindre : la psychothérapie, on mettra la malade en confiance, lui parlant d'une façon douce mais ferme parfois, lui montrant qu'on l'a compris et que l'on s'intéresse à lui. La psychothérapie, secondée par les médicaments fait beaucoup de bien parfois, et nous pourrions citer notre Observation XII, dans laquelle, par correspondance, nous avons retenu le malade sur les bords du suicide, et, par les substances citées plus haut, nous avons obtenu un calme relatif et une sédation notable des cauchemars et du somnambulisme. — Mais hélas, il est des cas où nous ne pouvons plus rien, ne perdons pas espoir...

Pour une documentation plus précise, nous nous permettons de renvoyer le lecteur aux ouvrages de DEVAUX ET LOGRE, d'HARTENBERG, de HECKEL, à la thèse de DILLARD, et aux communications et articles dont un certain nombre se trouve dans notre bibliographie.

CHAPITRE III

Conclusions

Après avoir passé en revue la physiologie pathologique du Grand Sympathique, après avoir étudié, de l'Emotif et de l'Anxieux, les manifestations tant psychiques que physiques, nous sommes arrivés aux conclusions suivantes.

I. — Il n'y a pas une vagotonie ou une sympathicotomie nette, mais une *amphotonie*, c'est-à-dire une hypertonie généralisée du Grand Sympathique, (ortho et para-sympathique), avec prédominance de l'un d'eux. Cette prédominance n'est pas constante, et son sens peut varier dans le temps, et selon les différents organes considérés. Lorsque cette hypertonie ne se manifeste point d'une façon spontanée ou provoquée, elle reste latente, le Grand Sympathique est « sensibilisé aux chocs ».

II. — Nous avons distingué l'Emotif de l'Anxieux par ce fait que l'Emotif avait une excitabilité excessive de tout son organisme, psychique et physique, qui le fait répondre d'une manière disproportionnée et inadéquate, aux *stimuli* externes et internes. L'Emotif a une émotion motivée. — Nous avons considéré

l'Anxieux comme possédant une diathèse du mental qui le fait concevoir, avec une teinte douloureuse psychique et physique, l'avenir gros de dangers menaçants, imprécis et incertains. L'Angoisse, phénomène bulbaire, accompagne d'une façon constante l'Anxiété, phénomène psychique.

III. — Par l'examen de nos Observations, et aussi par l'étude des travaux antérieurs, nous avons vu que nos *émotifs* à affectivité sensibilisée, à émotion motivée, présentent également un *Grand Sympathique sensibilisé*, prêt à répondre d'une manière confuse et désordonnée aux excitations, et surtout avec une *prédominance orthosympathicotonique*.

Par contre nous avons vu l'*anxietix* à émotion spontanée avec une coloration pessimiste et sombre dont se teignent tous les sentiments, avoir un *Grand Sympathique dystonique et hypertonique* avec paroxysmes sans raison apparente, et a *prédominance vagale*, se manifestant par des *phénomènes d'angoisse*.

LE PRÉSIDENT DE LA THESE,
Jean LEPINE.

Vu :

LE DOYEN,
Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 19 Novembre 1930

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Joseph GHEUSI

Index Bibliographique

GRAND SYMPATHIQUE

Généralités

- GILIS (P.). — *Anatomie élémentaire des centres nerveux et du Sympathique chez l'Homme*, Paris, Masson. 1927.
- TESTUT. — *Traité d'Anatomie*, 8^e Edit., revue par Latarjet. cf T. III. Système nerveux périphérique. Sympathique.
- BRAENKER. — *Anatomie et Chirurgie du Système neuro-végétatif*.
- SCHILF. — *Physiologie du système nerveux périphérique*.
- KARPLUS. — *Physiologie des centres végétatifs*.
- PICK. — *Pharmacodynamie du Système nerveux végétatif*.
- FRANCK. — *Pathologie clinique du système nerveux végétatif*, XVIII^e Réunion des Neurologistes Allemands, 13 sept. 1928, *Deutsche Zeitschrift für nervenheil Kunde*, t. CVI, 1^{er} oct. 1928.
- EPPINGER (H.) ET HESS (L.). — *Zur Pathologie des Vegetativen Nervensystem Zeitsch. f. Klin. Med.* 1909.
- *Die Vagotonie, Eine Klinische Studie*, Berlin 1910.
- BODENHEIMER. — *Au sujet de la symptomatologie du tronc du Grand Sympathique. Zeitsch. f. die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, sept. 1924.
- BRÜNING. — *Sur le Pneumogastrique et le Sympathique. Klinische Wochenschrift*, Berlin, 10 octob. 1923.
- CAMPBELL. — *The neuro-visceral system. Med. Press.*, London, 1918.
- CHÉINISSE. — *La Vagotonie, Semaine Médicale*, 20 nov. 1912.
- DELMAS (Jean), de Montpellier. — *Nouvelle systématisation du Sympathique viscéral. Presse Médicale*, 11 mai, 1927.

- DIDE. — Sympathico-vagotonie. *Presse médicale*, 14 juin 1922.
- FIESSINGER (C.). — Les vagotonies et les sympathicotonies.
Revue Gén. de Clinique et de Thérap., Paris 1924,
p. 603.
- GASKELL. — The involuntary nerons system, 1916.
- GUILLAUME (A.-C.). — *Le Sympathique et les systèmes asso-*
ciés, Paris, Masson, 2^e Edit. 1921.
- *Vagotonies, Sympathicotonies, Neurotonies*, Paris,
Masson, 2^e Edit., 1928.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — *Recherches sur le plexus solaire*, Thèse
Paris, 1903.
- *Pathologie du Sympathique*, Paris, Alan, 1924.
- *Leçons de Sympathologie clinique*, 1^{re} série, Paris,
Chahine. 1929.
- Vagotonie et alcalose. *Presse Médicale*, 29 sept. 1928,
p. 1.233.
- L'Hyperexcitabilité vagale et son traitement, *La*
Médecine Int., mars 1928, p. 81.
- Types vagotoniques et vaso-moteurs des syndromes
complexes.
- MAC AULIFFE. — Sympathicotonie et Parasympathicotonie.
Arch. int. de Neurologie, 1926.
- MORHARDT. — Données nouvelles sur la physiologie du Sys-
tème Nerveux autonome. *Vie Médicale*, 1922, p. 1386.
- MOUTIER. — Sympathicotonie et Vagotonie, leur diagnostic
et leur traitement (ésérine, atropine), dans les affec-
tions digestives. *Bulletin Médical*, Paris 1922, p. 158.
- RAMOND (Félix), CARRIÉ (P.-A.) ET PETIT (Alexis). — Syndro-
me Sympathique. *Société Médicale des Hôp.*, Paris, 21
déc. 1917, p. 1.290.
- SANTENOISE (Daniel). — Considérations physiologiques sur
la notion de Vagotonie. *Réunion neurologique annuel-*
le, 2 juin 1926.
- THOMAS (André). — La répercussivité sympathique. *Presse Mé-*
dicale, 31 juillet 1920.
- TINEL ET SANTENOISE (D.). — Rôle de l'équilibre vago-sym-
pathique dans quelques processus de pathologie gé-
nérale. *XVII^e Congrès Médecine Bordeaux*, 1923. *Ga-*
zette des Hôpît., 16 oct. 1923.

Appareil circulatoire.

ENACHESCO. — Recherches sur les nerfs cardiaques. Les nerfs cardiaques sous-étoilés. *Thèse, Bucarest*, 1927.

LANGERON (L.) (de Lille). — Sur l'existence des réactions paradoxales dans l'exploration du sympathique artériel. *Presse Médicale*, 22 sept. 1928.

LERICHE (René). — Innervation vasomotrice. *Presse Méd.*, 6 juillet 1927.

LERICH (A.) ET FONTAINE (René). — Faits chirurgicaux pour servir à la critique des théories actuelles sur la vasomotricité. *Presse Méd.*, 16 avril 1927.

— Mise en évidence par l'expérimentation d'un système de régulation vaso-motrice périphérique indépendant de la régulation circulatoire générale. *Académie des Sciences*, 5 nov. 1928.

— Le rôle des vaso-moteurs périphériques en physiologie et en pathologie vasculaire. *Lyon Chirurgical*, 1929, p. 323.

TOURNADE (A.) ET CHABROLE (M.). — Précisions sur le rôle constricteur pur attribué au splanchnique. *Soc. de Biologie*, 8 avril 1922.

Peau et Phanères.

BOUDON (L.) ET ROQUIER (A.). — Un cas d'hémihypercririe post-commotionnelle, plus marquée dans la zone innervée par la branche ophtalmique du trijumeau. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 21 mai 1920.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Dermographisme, urticaire et sympathique. *Journal des Praticiens*, n° 41, 13 oct. 1923.

LAIGNEL-LAVASTINE ET FAY (J.-M.). — Hyperidrose généralisée vagotonique constitutionnelle. *Sté Méd. Hôp. de Paris*, 30 nov. 1917, p. 1.192.

THOMAS (André) ET BARS (F.). — Sur un cas d'hémihyperépidrose. *Soc. Neurologique*, 7 juil. 1927, t. II, p. 63.

Glandes endocrines

EPPINGER (H.), FALTA ET RUDINGER. — Ueber die Weichselwirkungen der Drüsen mit Inneren Sekretion. *Zeitsch. f. Klin Med.*, 1908.

- GARRELON (L.), SANTENOISE (D.), VERDIER (H.) ET VIDACOVITCH (M.). — Pancréas et excitabilité pneumogastrique. *Académie des Sciences*, 20 janv. 1930. *Bulletin*, p. 213.
- LÉPINE (Jean) ET PARTURIER (G.). — Action de l'insuline sur le syndrome basedowien. *Soc. de Biol.*, 2 fév. 1924, T. CX, p. 269.
- SANTENOISE (Daniel). — *Pneumogastrique et glandes endocrines*, Paris. Amédée Legrand, 1927.7
- *Pneumogastrique, Appareil thyroïdien et Activité cérébrale*, Paris, Amédée Legrand, 1929.

Système neuro-musculaire.

- BÖCKE (J.). — La base morphologique de l'innervation sympathique des fibres musculaires striés. *Zeitsch. f. mikr. anat. Forschung*, vol. VIII, fasc. 3 et 4, 1927, p. 561-639.
- COLRAT (A.). — L'œil et le sympathique. *Journ. Méd. de Lyon*, 20 mars 1928, p. 153.
- DUCCESCHI (V.). — Système nerveux sympathique et tonus musculaire. *Archiv. int. de Physiol.*, 1922.
- DANIÉLOPOLU (D.), RADOVICI (A.) ET CARNIOL (A.). — Rôle du système végétatif dans la production de l'hypertonie des muscles volontaires ;
- 1° Action de l'Adrénaline et du CaCl_2 ;
 - 2° Action de l'Esérine et de l'Atropine ;
 - 3° Action de l'Esérine, de l'Adrénaline et de l'Atropine en injections simultanées ;
 - 4° Rôle respectif du sympathique, notion de l'amblytonie.
- Réunion Roumaine de Biol.*, 1^{er} déc. 1921, Comptes-Rendus, 1922, t. I, p. 625 et suiv.

Exploration.

- BARRÉ (J.-A.) ET CRUSEM. — Remarques critiques sur le R. O.-C. *Congrès des Aliénistes*, Strasbourg, 1920.
- BLOCH (SIG.). — *L'épreuve de Götsch*. Thèse, Paris 1921.
- CLAUDE (H.). — Interprétation du Réflexe Solaire. *Soc. Biol.*, 30 avril 1929.

- CLAUDE (H.), GARRELON ET SANTENOISE (D.). — Sur la signification physiopathologique du Réflexe Solaire, II° Réunion biologique neuro-psychiatrique, *Encéphale*, 1923, p. 416.
- CLAUDE (H.), GARRELON ET SANTENOISE (D.). — Le réflexe solaire, *Soc. Biol.*, 5 mai 1923.
- CLAUDE (H.), TINEL (J.) ET SANTENOISE (D.). — Influence des repas sur le R. O.-C. et le R. S., étude comparée du R. O.-C. et du R. S., *Soc. Biol.*, 25 nov. 1922 et *Soc. Biol.*, 23 déc. 1922.
- DANIÉLOPOULU (D.), RADOVICI (A.) ET CARNIOL (A.). — Réflexes cutané-viscéraux et viscéro-moteurs de la vessie et du gros intestin ;
Réflexes oculo-viscéral et oculo-colique ;
Réflexes oculo-viscéro-moteur.
Réunion Roumaine Biologie, 5 janv. 1922, *Bulletin*, 1922, t. I, p. 634.
- ESCUDERO (P.). — Pilocarpine and atropine in functional exploration of the visceral nervous system, *Endocrinology*, 1923.
- GLASER. — Le réflexe vague abdominal dans la Vagotonie. *Méd. Klinik*, XVIII, 12 et 19 févr., 1922.
- GUILLAUME (A. C.). — Note sur le Réflexe abdominal. *Soc. Biol.*, 16 avril 1925.
- JUSTER (E.). — Technique de la recherche des réaction vasomotrices cutanées locales. *Soc. Biol.*, 23 déc. 1922, t. II, p. 29.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Réflexes sympathiques cutanés. *Gazette des Hôp.*, 15 sept. 1923, p. 1.185.
— Réflexes sympathiques viscéraux. *Gazette des Hôp.*, 6 oct. 1923, p. 1.282.
— Réflexes sympathiques pharmacologiques, *Gazette des Hôp.*, 9 févr. 1924.
- LOUGE (Henri). — *Le réflexe palato-cardiaque physiologique*. Thèse Paris, 1923.
- METZGER ET CRUSEM. — Concordance et discordance entre le signe d'Argyll-Robertson et le R. O.-C. *Société oto-neuro-ophtalm.*, Strasbourg, 10 mai 1930.

- PETZETAKIS. — Etude expérimentale sur les voies centrifuges du R. O.-C. *Soc. Biol.*, avril 1914.
- REBOUL-LACHAUX. — *Le Réflexe Solaire*. Thèse Paris, 1923.
- SERGEANT. — La ligne blanche surrénale. *Journal Méd. et Chir. prat.*, 25 mai 1916.
- SEZARY. — La ligne blanche cutanée dite normale.
- SEZARY ET DESAINT. — Séméiologie de la ligne blanche cutanée.
- SICARD (J.-A.) ET PARAF (J.). — Réflexe oculo-sympathique d'inhibition pilo-motrice. *Soc. Méd. des Hôp.*, Paris, 14 mai 1920, p. 676.
- ROUX (J.-C.). — Valeur séméiologique de la sensibilité à la pression du plexus solaire. *La Clinique*, 17 nov. 1911.
- THOMAS (André). — *Le Réflexe pilo-moteur*, Paris, Masson, 1921.
- Rapport sur les moyens d'exploration du système sympathique et leur valeur. VII^e Réunion neurol. intern. annuelle, 1^{er} juin 1926, *Encéphale*, 1926, p. 452.
- TINEL (J.), LAMACHE ET DUBAR (J.). — La réaction pupillaire à l'adrénaline locale, valeur de cette réaction comme indice de l'équilibre vago-sympathique. *Soc. de Psychiatrie*, 20 déc. 1927, *Encéphale*, p. 41.
- VILLARET (M.), SAINT-GIRONS (FR.) ET GRELLETY BOSVIEL. — R. O.-C. et tension veineuse. *Soc. Biol.*, 13 mai 1922, t. I, p. 1.006.
- WEIL (P.-E.), LÉVY-FRANCKEL ET JUSTER (E.). — Le réflexe nasocardiaque utilisé comme test fonctionnel du sympathique. *Soc. Biol.*, 3 juin 1922, t. II, p. 28.
- WEIL (P.-E.) ET PHILIPPE. — Réflexe naso-cardiaque. *Soc. Méd. des Hôp.*, Paris, 28 juil. 1916.

Pharmacodynamie.

- CLAUDE (H.), TINEL ET SANTENOISE (D.). — Influence de quelques agents pharmacodynamiques sur le R. O.-C. et le Réflexe Solaire. *Soc. Biol.*, 23 déc. 1922, p. 1.347.
- DANIÉLOPOLU (D.) ET CARNIOL (A.). — Action cardiovasculaire de l'Esérine chez l'homme normal. *Réunion Roumaine Biologie*, 3 nov. 1921, *Bulletin* 1922, t. I, p. 86.

- Nouveaux faits démontrant l'action de l'Eserine sur le Sympathique. *Réunion Roumaine Biologie*, 19 janv. et 2 févr. 1922, *Bulletin*, t. I, p. 883.
- Action sur l'estomac de l'homme de l'Adrénaline, l'Atropine l'Eserine... *Réunion Roumaine Biologie*, 14 et 29 juin 1922, t. II, p. 716.
- DOLLENCOURT (H.), TRIAS (A.) ET PAYCHERE. — Absorption de l'Adrénaline par voie digestive. *Soc. de Biol.*, 27 mai 1929, p. 1.129.
- GARRELON, SANTENOISE (D.) ET TINEL. — Vago-sympathique, anaphylaxie et intoxication. *Presse Méd.*, 7 avr. 1923.
- Action de l'Insuline sur l'excitabilité du pneumogastrique. *Soc. de Biol.*, XC., 1924, p. 470.
- MARTINET (A.). — *Energétique Clinique*. Paris, Masson, 1925.
- MOUTIER. — L'Eserine dans les hypersympathicotomies digestives. *Journal Méd. Franç.*, XIII, 1924, p. 75.
- SANTENOISE (D.) ET VIDACOVITCH (M.). — Action du crataegus sur le tonus vago-sympathique. VI^e *Réunion d'études biologiques neuro-psychiatriques*, 27 mars 1924. *Encéphale*, avril 1924, p. 246.
- PASTEUR VALLÉRY-RADOT, HAGUENEAU ET DOLLFUS. — Les tests pharmacodynamiques du tonus vago-sympathique et les états anaphylactiques. *Presse Méd.*, 19 déc. 1923.

PSYCHIATRIE

Psychologie et généralités

- BERGSON (Henri). — *Essai sur les données immédiates de la Conscience*. Paris, F. Alcan.
- *Matière et Mémoire*, Paris, F. Alcan.
- BINET ET COURTIER. — La vie émotionnelle, *Année psychologique*, 1897.
- DARWIN. — *L'expression des Emotions chez l'Homme et les Animaux*. Paris, Reinwald, 1890.
- DUMAS. — *La Tristesse et la Joie*. Paris Fx Alcan, 1900.

FÉRÉ (Ch.). — *Pathologie des émotions, études physiologiques et cliniques*. Alcan, 1892.

WILLIAM JAMES. — *Mind*.

LANGE. — *Les Emotions*, Paris, 1895.

RIBOT (Théodule). — *Maladies de la Personnalité*, Paris, Fx Alcan.

— *Maladies de la Mémoire*, Paris, Fx Alcan.

— *Maladies de la Volonté*, Paris, Fx Alcan.

— *Logique des Sentiments*, Paris, Fx Alcan.

— *Psychologie des Sentiments*, Paris, Fx Alcan.

VASCHIDECT MARCHAND. — *Contribution à l'étude de la psychophysiologie des émotions*. *Revue psychologique*, 1901.

BALLET (Gilbert). — *Traité de pathologie mentale*, 1903.

DÉJÉRINE ET GAUKLER. — *Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses*, Paris, Masson, 1911.

EMMINGHAUS. — *Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in die Studium des Geistesstörungen*, Leipzig.

ESQUIROL. — *Des Maladies mentales*, Paris, 1838.

FLEMING. — *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1848, I, Heft.

FLEURY (Mce de). — A propos des Constitutions psychopathiques, la Cyclothymie dédoublée. *Encéphale*, 1928, p. 325.

GUISLAIN. — *Leçons sur les Phrénopathies*.

HYVERT (M.-C.). — *Les tendances psychopathiques constitutionnelles*, thèse Paris, 1924.

JANET (Pierre). — *Névroses et Idées fixes*, t. I et II, Fx Alcan, in-8.

— *Les Obsessions et la Psychasténie*, t. I et II, Fx Alcan, in-8.

— *De l'Angoisse à l'Extase*, t. I et II, Fx^o Alcan, in-8

— *Les Névroses*. Flammarion, in-12.

DELMAS (Achille) ET BOLL (Marcel). — *La Personnalité humaine, son analyse*, Flammarion, in-12.

KRAEPELIN (Emil). — *Introduction de la Psychiatrie clinique*. Tr. A. Devaux et P. Merklen, Préface de Dupré. Paris, Vigot, 1907.

VON KRAFFT-EBING. — *Traité clinique de Psychiatrie*. Tr. Laurent, Paris, Maloine, 1897.

- MAGNAN. — *Leçons sur les Maladies Mentales*. Paris, Alcan, 1897.
- MORÉL. — *Traité des Maladies mentales*, 2^e Ed., Paris, 1859.
- *Etudes cliniques, théoriques et pratiques des Maladies Mentales*, Masson, 1853.
- SIÉPRA (A.-M.). — Etudes psychopathologiques sur l'émotion expérimentale. *Semana Medica*, Buenos-Ayres, 25 août 1921.

L'Emotion, l'Anxiété.

- ADLER (A.). — *Le Tempérament nerveux* Tr. Roussel, Paris, Payot, 1920.
- AIMÉ. — Troubles nerveux et psychiques d'origine commotionnelle pendant la guerre. *Presse Médicale*, 22 févr. 1917.
- BALLET (Gilbert). — Tremblements et états émotionnels. *Revue neurol.* 1915, p. 934.
- BALLET (Gilbert) ET ROGUES DE FURSAC. — Les psychoses commotionnelles. *Paris Médical*, 1^{er} janv. 1916.
- BOUVERET (L.). — *La Neurasthénie*.
- BRISSAUD. — De l'anxiété paroxystique. *La Semaine Médicale*, 12 nov. 1890, p. 410.
- De l'anxiété et de l'Angoisse. *Discussion du Rapport de Lalanne sur l'Anxiété. Congrès de Grenoble*, *Revue Neurol.*, 1902, p. 763.
- BONNIER (Pièrré). — *L'Anxiété*, Paris, Fx Alcan, 1913.
- CAMPANA (G.). — *Contribution à l'Etude des états liés à l'hyperémotivité anxieuse et de leur traitement*. Thèse Paris, mars 1930.
- CANNON (Walter-B.). — Travaux sur les émotions. *American Journ. of. physiol.*, 1911-1914.
- CEILLIER (André). — Les mélancoliques anxieux persécutés. *Annales Médico-psychologiques*, 1921, t. II, p. 13-69-110
- CORDES. — Die Platzangst Symptom einer Erschöpfungsparese. De l'agoraphobie. *Arch. für Psych. und Nerv.*, t. III, 1872, p. 521.
- CLAUDE, DIDE ET LEJONNE. — Psychoses hystéro-émotives de la guerre. *Paris Médical*, 2 sept. 1916.

- CLAUDE ET BIANCANI (H.). — Sur un cas d'Obsession génitale avec angoisse et tendance à l'exhibitionisme chez la femme. *Congrès de Luxembourg*, juillet, 1921. *Encéphale*, 1921, p. 456.
- COTARD. — Du délire hypochondriaque dans une forme grave de la mélancolie. *Soc. Méd. psych.*, 28 juin 1880, *Ann. Méd. Psych.*, oct. 1880.
- Délire d'énormité. *Soc. Méd. Psych.*, 26 mars 1888.
- Du délire des négations. *Arch. de Neurol.*, n°s 11- et 12, 1882.
- CYGIELSTREICH (A.). — La psychologie de la panique pendant la guerre. *Ann. méd. psych.*, avril, 1916.
- DAMAYE (H.). — Délire aigu au cours de la mélancolie anxieuse. *Encéphale*, 1921, p. 244.
- DELAVIERRE. — *Les réactions émotives*. Thèse Paris, 1927.
- DELRIEUX (C.). — *Contribution à l'étude des psychoses émotionnelles*. Thèse Toulouse 1919.
- DANITSCH. — *Ueber die Praecordialangst bei Gesteskranken* Inang. Dissert. Würzburg, 1874.
- DEZOS (L.-C.-P.). — *Du rôle de la prédisposition individuelle dans les accidents dits commotionnels ou émotionnels*. Thèse Bordeaux, 1919.
- DUMAS (Georges). — Les troubles mentaux et la guerre. *Revue de Paris*, 15 juin-15 juil. 1916.
- DUPRÉ (Ernest). — Rapport sur les problèmes psychiatriques concernant le rôle de l'émotion. *Soc. neurol. et Soc. psych.*, déc. 1909.
- DUPRÉ ET LOGRE. — Emotion et Commotion. *Académie de Méd.*, 30 juil. 1918.
- DUPRÉ ET GRIMBERG. — La psychonevrose émotive. *Soc. Neur.*, janvier 1917.
- DUPRÉ ET TREPSAT (L.). — Les rapports du refoulement psychiques et de l'émotivité dans la genèse des psychonevroses. *Encéphale*, p. 31 et 109.
- FALRET. — De la mélancolie et de ses diverses variétés. *Soc. Méd. Psych.*, 11 nov. 1889. *Ann. Méd. Psych.*, janv. 1890.

DE FLEURY (Maurice). — *Introduction à la Médecine de l'esprit*. Fx Alcan.

— *Les grands Symptômes neurasthéniques*. Alcan.

— *Les états dépressifs et la neurathénie*. Alcan.

— *L'angoisse humaine*. Les Editions de France.

— *Les Fous et la Sagesse qu'ils enseignent*.

— La Psycho-névrose émotive (Maladie de Dupré), dans *Traité de Path. méd. et de Thérap. de Sergent*, t. VII, Psychiatrie, t. I, 2^e Ed, Paris. Maloine 1926.

FOURCADE (Maurice). — *La Constitution émotive*. Thèse Paris, 1911.

FREUD (Sigismond). — Ueber die Berechtigung, von der Neurasthenie, einen bestimmten symptomatenkomplex als « Angstneurose » abzutrennen. *Neurol. Centralblatt*, 1895, 15 janv. n° 2.

GRASSET. — Les psychonévroses de guerre. *Presse Médicale*, 1^{er} avril 1915.

— Les grands types cliniques de psychonévroses de guerre. *Réunion édicale de la XVI^e Région*, 22 janv. 1917.

HALLION. — Rapport sur les problèmes physiologiques concernant l'émotion. *Soc. neurol. et psych.*, déc. 1909.

HARTENBERG (Paul). — *La Névrose d'angoisse*. Paris, Fx Alcan, 1902.

— La Névrose d'angoisse. *Revue de Médecine*, n°s 6, 7 et 8, 1901.

— *Psychonévroses anxieuses et leur traitement*. Paris Fx Alcan, 1922.

— Les formes pathologiques de la rougeur émotive. *Revue de Méd.*, 10 août 1902.

— La base organique de l'éreutophobie. *Presse Méd.*, 25 janv. 1911.

— La dysphasie spasmodique des névropathes. *Journ. des Praticiens*, 10 août 1912.

— L'impuissance virile émotive et son traitement. *Journ. de Méd. de Paris*, 8 mars 1913.

HECKEL (F.). — *La Névrose d'angoisse*. Paris, Masson, 1917.

HECKER. — Ueber larvierte und abortive Angstzustände bei Neurasthenie. *Centralblatt für Nervenheilk und Psych.*, déc. 1893.

— Ueber die Bedeutung des Angst affects in der Neurasthenie. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. II, 1896.

HESNARD. — Les troubles nerveux et psychiques consécutifs aux catastrophes navales : psychonévroses émotives. *Rev. de psych.*, 1914, n° 4.

HUOT ET VOIVENEL. — L'anxiété précédant l'assaut. *Progrès Méd.*, 21 juill. 1917, p. 245.

JOLLY (Ph.). — Sur les névroses de guerre. *Archiv. für Psychiatrie*, févr. 1916.

JANET (Pierre). — Rapport sur les problèmes psychologiques concernant l'émotion. *Soc. neurol. et psych.*, déc. 1909.

JOLTRAIN. — Considérations sur l'action du choc émotif. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 2 mars 1917.

KAAN. — Der neurasthenische Angst affect bei Zwangsvorstellungen. *Jahrbuch für Psych.* XI, mars 1893.

KRAFFT-EBING. — *Die Melancholie*. Erlangen, 1874.

LAIGNEL-LAVASTINE ET COURBON. — Syndrome psychasthénique consécutif aux émotions. *Ann. Méd. Psych.*, juill. 1917.

LAIGNEL-LAVASTINE, VINCHON ET LARGEAU. — Présentations de trois obsédés. *Soc. Psych.*, 30 déc. 1923. *Encéphale*, 1924, p. 57.

LALANNE (Gaston). — Des Etats anxieux dans les maladies mentales. *Rapport au XII^e Congrès des Médecins Aliénistes et Neurol.*, Grenoble, août 1902.

— *Les persécutés mélancoliques*. Bordeaux, Durand, 1897.

LÉPINE (Jean). — *Troubles mentaux de guerre*. Masson, 1917. Collection Horizon.

— Pathogénie des Etats neurasthéniques. *Rapport X^e Congrès de Médecine*, Genève, sept. 1908.

LÉRI (A.). — *Commotions et émotions de guerre*. Masson, 1918. Collection Horizon.

LONDE (P.). — L'angoisse. *Revue de Médecine*, 1902, p. 704 et 868.

- LOGRE. — Sur quelques cas de fugue pathologique devant l'ennemi. *Rev. neurol.*, juill. 1916.
- MAIRET ET PIÉRON. — Le syndrome commotionnel dans les traumatismes de guerre. *Acad. Méd.*, juin 1915.
- Le syndrome émotionnel. *Ann. Méd.-Psych.*, avril, 1917.
- Le syndrome émotionnel, sa différenciation du syndrome commotionnel. *Mtpellier Médical*, 1^{er} mars 1917.
- MALLET. — Etats confusionnels et anxieux chez le combattant. *Ann. Méd.-Psych.*, janv. 1917.
- MOREL. — Délire émotif. Névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral. *Arch. générales de Méd.*, 1866.
- PIGNÈDE ET ABÉLY (Paul). — Séquelles lointaines des commotions cérébrales. *L'Encéphale*, 1930, p. 436.
- PITRES ET RÉGIS. — *Sémiologie des Obsessions et Idées fixes*, XII^e Congrès intern. Méd., Moscou, 1897.
- *Les Obsessions et Impulsions*, Paris, O. Doin. 1902.
- ROGER (Henri). — Le choc nerveux. *Presse Médicale*, 20 nov. 1916.
- ROUSSY ET LHERMITTE. — *Les psychonévroses de guerre*. Masson, 1917. Collection Horizon.
- LE SAVOUREUX (H.). — Rapports des commotions de guerre et de la constitution émotive. *Ann. Méd.-Psych.*, 1921. t. I, p. 10.
- SÉGLAS. — Note sur un cas de mélancolie anxieuse. *Arch. neurol.*, 1884.
- Mélancolie anxieuse avec délire de négations. *Progress Méd.*, 19 nov. 1887.
- SÉGLAS ET SOURDILLE. — Mélancolie anxieuse. *Ann. Méd. Psych.*, 1893.
- SÉGLAS ET BARRAT. — Le rôle de l'émotion dans l'étiologie des maladies mentales. *Journal de Psych.*, mars-avril, 1913.
- SÉGLAS ET COLLIN. — Emotion-choc. Psychose confusionnelle. *Presse Méd.*, 1^{er} févr., 1911.
- SOUQUES (A.). — Angoisse sans anxiété. *Soc. Neurol.*, 4 déc. 1902. *Revue Neurol.*, p. 1.176.

Psychiatrie et Organicité.

- BENOIT. — Le R. O.-C. dans les états anxieux. *Thèse* Bordeaux, 1920.
- BRIAND (Marcel) ET PHILIPPE (Jean). — L'audi-mutité rebelle d'origine émotionnelle. *Progrès Médical*, 5 sept. 1917, p. 257.
- Un cas de bégaiement paroxystique d'origine émotionnelle. *Progrès Médical*, 4 août 1916, p. 146.
- BUSCAINO. — De l'expression physique des émotions considérées d'un point de vue doctrinal. *Revista di Psicologia*, 1920, n° 2.
- CLAUDE (H.) ET TARGOWLA. — Sur la signification de l'hyperalbumine du L. C.-R. dans certains cas psychopathiques.
- CLAUDE, FRIBOURG-BLANC ET CEILLIER. — Syndrome obsessionnel polymorphe avec complexe d'Œdipe et troubles de l'équilibre vago-sympathique. *Soc. Méd.-Psych.*, 30 avril, 1923. *Ann. Méd.-Psych.*
- CLAUDE, SANTENOISE (D.) ET VIDACOVITCH. — Etude des variations de l'état du système neuro-végétatif chez un obsédé. *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 14 avril 1924. *Encéphale*, 1924, p. 320.
- DE CLÉRAMBAULT. — Le Sympathique chez les passionnels. • *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 23 mai 1923. *Ann. Méd.-Psych.*, 1923, t. II, p. 84.
- COMBENADE ET DEMACON. — Les psychoses des ovariectomisées. *L'Echo Méd. du Nord*, 28 août 1928.
- COURBON (P.) ET BAUER (E.). — Des signes physiques neurologiques dans les psychoses.
- DELFO ESPENO. — Contribution à l'étude des épreuves physiodynamiques et pharmacodynamiques en psychiatrie comme méthode d'exploration du Système nerveux végétatif. *Revista di psiquiatria y disciplinas conexas*, Linna, 1924.
- EUZIÈRE (J.) ET MARGAROT (J.). — Les réactions du système nerveux viscéral dans les états anxieux. *Encéphale*, 1920, p. 349 et 360.

- Le R. O.-C. dans les états anxieux. *Gazette des Hôp.*, 1919.
- L'alternance vago-sympathique dans les syndromes commotionnels. *Acad. des Sciences et Lettres de Montpellier*, févr. 1920.
- L'alternance vago-sympathique dans les psychoses. *Assoc. franç. pour l'avancement des Sciences*, Montpellier, juill. 1922.
- FOLLY. — Déséquilibre neurovégétatif profond avec état anxieux chez un commotionné de guerre. *Réunion neurol.* Strasbourg, 12 mars 1927. *Encéphale*, 1927, p. 403.
- GEBRIAN (Germain). — Le Système nerveux végétatif en psychiatrie. *Archivos de Neurobiologia*, Madrid, janv.-avril, 1926.
- GARRELON ET SANTENOISE (D.). — Système nerveux de la vie végétative et intoxication. *Première Réunion biolog. neuro-psych.*, 9 janv. 1923. *Encéphale* 1923, p. 127.
- GORRITI. — La constitution émotive et la vagosympathie. *La Semana Medica*, n° 4, Buenos-Ayres.
- GRASSET. — La névrose cérébrospinalique, psychonévrose du vago-sympathique. *Presse Méd.* 1909.
- GUILLAUME (A.-C.). — Le psychisme dans les états de déséquilibre nerveux. *Arch. Neurol.*, t. IV, vol. I, juin-juill. 1928.
- JANET (Pierre), HALLION (L.), CLAUDE (H.) ET DUPRÉ (Ernest). — Du rôle de l'Emotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques. *Réunion annuelle des Soc. Neurol. et Psych. de Paris*, 9 déc. 1909.
- JUSTER (E.). — Intérêt à la recherche des réactions vaso-motrices cutanées pour l'étude du Système sympathique dans les affections neuropsychiatriques. *II^e Réunion biol. neuropsych.* *Encéphale* 1923, p. 416.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Des troubles psychiques par perturbations des glandes à sécrétion interne. *Rapport du XVIII^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes...*, Dijon, août 1908. Paris, Masson, Edit.
- Sécrétions internes et psychoses. *Presse Méd.*, août 1918.

- Algie sympathique chez un mélancolique. *Soc. Psychiat.*, 19 mai 1921. *Encéphale*, 1921, p. 333.
- Le rôle du sympathique en pathologie mentale. *Soc. Psychiat.*, 16 nov. 1922. *Encéphale*, 1922, p. 663.
- 'Les réactions sympathiques et endocriniennes des psychonévroses. *Prog. Méd.*, n° 34, 20 août 1927.
- L'utilité pratique du pH urinaire dans le diagnostic et le traitement des déprimés anxieux. *La Méd Intern.*, sept. 1930, p. 321.
- LAIGNEL-LAVASTINE ET CORNELIUS (R.). — Le pH urinaire et le titrage des acides organiques de l'urine chez les anxieux et les déprimés, *Soc. Biol.*, 18 oct. 1924.
- L'hypoacidité ionique et l'augmentation des acides organiques, syndrome urinaire de l'angoisse. *Presse Méd.*, 18 nov. 1925.
- L'angoisse, névrose alcaline, XXX^e Congrès, Genève, août 1926.
- LAIGNEL-LAVASTINE, CORNELIUS (René) ET VINCENT (M.). — Le pH et la réserve alcaline du sang chez les anxieux. *Soc. Biol.*, 24 mars 1928.
- LARRIVÉ (E.) ET DANCENIS. — Le système neuro-végétatif dans les états émotifs et anxieux, *Journal de Méd. de Lyon*, 20 juin 1930, p. 375.
- LAUZIER. — *Contribution à l'étude du métabolisme basal dans les maladies mentales*. Thèse Paris, 1923.
- LÉPINE (Jean). — Recherches sur la pression artérielle chez certains aliénés. *Soc. Méd. des Hôp.* Lyon, 27 nov. 1906.
- Le Rétrécissement mitral spasmodique dans les états anxieux. *Province Médicale*, janv., 1907, p. 2.
- LÉPINE (J.) ET POPOFF (V.). — Recherches sur les variations cystologiques du sang chez les aliénés. *Encéphale*, décemb. 1908.
- LÉRI (André). — Lésions des glandes surrénales et Mélancolie. *Congrès des Aliénistes et Neurol.* août 1908.
- LŒPER ET VERPY. — Les variations physiochimiques du sang dans les commotions. *Soc. Biol.*, 21 oct. 1916.
- La répercussion glandulaire et humorale des commotions. *Soc. Méd. des Hôp.*, Paris, 20 oct. 1916.

- LIVET. — Hyperémotivité, hyperthyroïdie héréditaire. *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 15 déc. 1919.
- LOGRE (J.). — A propos du tonus symptomatique dans les états anxieux. *La Pratique Méd. Française (A.)*, juin 1926.
- LUMIÈRE (Auguste). — Rôle des facteurs émotifs dans les troubles fonctionnels et les affections organiques. *Presse Méd.*, p. 993, 8 août 1928.
- MARTIMAR. — Le R. O.-C. chez les anxieux. *Soc. Psych.*, 19 janv. 1922. *Encéphale*, 1922, p. 123.
- MARANON (G.). — Essai sur l'âge et l'émotion. La réaction de l'Adrénaline. *Arch. de Medicina, Cirurgica y Especial*, Madrid, 1921, V et VI.
- DE MASSARY ET WALSEP. — Emotivité anxieuse et spasme respiratoire. *Acad. Méd., Bulletin*, n° 1, 1923.
- MEIGE (Henry). — Les tremblements émotionnels et les tremblements commotionnels. *Rev. Neurol.*, 1916, p. 593 et 759.
- MENZIES (W.-M.). — Mécanisme de la mélancolie d'involution. *Journ. of Mental Sciences*, oct. 1920.
- MOUGEOT (A.). — Le R. O.-C. dans les bradycardies avec considérations sur un syndrome consécutif à la commotion encéphalitique. *Prog. Méd.*, 28 juill. 1917, p. 249.
- MONTASSUT (M.), DELAVILLE (M.) ET Mlle RUSSEL. — Emotivité K et Ca plasmatiques. *Soc. de Psych.*, 17 avril 1930.
- NATHAN (M.). — Hystérie et diathèse émotive. *Encéphale*, 1925, p. 730.
- La sensibilisation dans la diathèse et dans les psychoses émotives. *Encéphale*, 1927, p. 7.
- NAUDASCHER (G.). — La tension artérielle habituelle chez les mélancoliques anxieux. *Soc. Méd. Psych.*, 30 mai 1921. *Ann. Méd.-Psych.*, 1921, t. II, p. 70.
- Action de l'adrénaline sur certains états dépressifs avec hypotension artérielle. *Soc. Méd.-Psych.*, 29 mai 1922. *Ann. Méd.-Psych.* t. II, 1922, p. 83.
- Anxiété avec hypotension, traitement par l'insuline. *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 23 mai 1923.

- NAUDASCHER (G.) ET MARTIMAR (E.). — Variations de la tension artérielle d'après certains états émotifs. *Soc. Méd.-Psych.*, 27 juin 1921. *Ann.* 1921, t. II, p. 170.
- PARHON ET STOCKER (Alice). — Modifications considérables de la structure d'un lobe thyroïdien extirpé chez une malade atteinte de mélancolie anxieuse. *Encéphale*, 1921, p. 13.
- PETIT (Georges). — Crises d'anxiété, de tremblement, de pseudo-asthme et troubles vago-sympathiques, manifestations initiales de l'encéphalite épidémique. *Soc. Méd.-Psych.*, 26 mars 1923. *Ann.*, 1923, t. I, p. 458.
- SANTENOISE (Daniel). — *De l'anaphylaxie et du déséquilibre du système nerveux organo-végétatif dans la folie intermittente*. Thèse Paris, 1922.
- Psychoses et système organo-végétatif. *XVII^e Congrès Méd.*, Bordeaux, 1923.
 - Psychose périodique et périodicité neurovégétative. *Presse Méd.*, 25 avril 1923.
 - Essai de diagnostic biologique dans les états d'excitation et de dépression. *Journ. Méd. Franç.*, mai 1924.
 - Les réflexes végétatifs dans les syndromes mentaux d'origine toxique. *Soc. Psych.*, 15 janv. 1925. *Encéphale*, 1925, p. 124.
 - Rôle du système neurovégétatif dans les psychoses d'intoxication. *Soc. de Psych.*, 18 juin 1925.
 - Système organo-végétatif et psychoses fonctionnelles. *Encéphale*, 1927, p. 554.
- SANTENOISE (D.) ET ABÉLY. — Recherches sur le système neuro-végétatif dans les états anxieux. *Soc. Méd. Psych.*, 26 mars 1923. *Ann.*, 1923, t. I, p. 365.
- SANTENOISE (D.) ET VIDACOVITCH. — Contribution physiologique à l'étude des Psychoses d'intoxication (Rôle étiologique du Déséquilibre neuro-végétatif).
- SICCO ET PEREZ PASTORINI. — La réaction de l'adrénaline chez les psychopathes. *Revista de Criminologia*, Buenos-Ayres, juill. 1924.
- STAEMMLER. — Lésions du sympathique dans les névroses vasomotrices. *Deutsch. med. Wochenschrift*, n° 15, 11 avril 1924.

- TARGOWLA (R.) ET OMBRÉDANE (A.). — Apparition brusque d'un état anxieux avec symptômes cérébello-pyramido-strié et réactions humorales positives. Evolution abortive. *Soc. de Psych.*, 15 mars 1928. *Encéphale*, p. 343.
- TARGOWLA (R.), LAMACHE (A.) ET MÉDACOVITCH (G.). — Sur l'hypoglycémie dans les maladies mentales. *Soc. de Psych.*, 11 oct. 1928. *Encéphale*, 1928, p. 903.
- TARGOWLA (R.) ET LAMACHE (A.). — Le syndrome biologique des états mélancoliques. *Encéphale*, févr. 1929.
- TINEL ET SANTENOISE (D.). — Les réactions vago-sympathiques dans les accès maniaques ou anxieux. *Soc. de Psych.*, 19 janv. 1922.
- Vago-sympathique et anaphylaxie dans les crises paroxystiques d'anxiété, de manie et d'épilepsie. *Presse Méd.*, 15 avril 1922.
 - Les variations de l'équilibre vago-sympathique dans les crises confusionnelles. *VI^e Réunion d'études biol. neuro-psych.*, 26 juin 1924. *Encéphale*, p. 426.
- TINEL, LAMACHE ET DUBAR (J.). — La tension veineuse rétinienne, son intérêt en neurologie et en psychiatrie. *Soc. de Psych.*, 15 mars 1928. *Encéphale*, p. 325.
- TOURNAY (Auguste). — Recherches expérimentales sur les effets sensitifs des perturbations sympathiques. *Revue neurol.*, 1927, t. II, p. 622.
- TOURNIER (C.). — Fragments. *Edit. Laboratoires Ciba*, Lyon, 1930.
- VERGARA (E.). — Le R. O.-C. dans les maladies mentales. *Il Carvello*, Naples, III, 1922.
- ZITTERMAN (S.-S.). — *Rapports des états mélancoliques et de l'atonie de la vésicule biliaire*. Thèse Paris, 1929.

Traitement.

- CLAUDE (H.), TINEL (J.) ET SANTENOISE (D.). — Essai de traitement biologique des crises anxieuses, maniaques ou confusionnelles, au cours de la psychose périodique. *Progrès Méd.*, n° 22, 30 mai 1925.

- CORNÉLIUS (René). — Les médications acidifiantes dans le traitement des états anxieux. *Soc. de Thérap.*, 14 janv. 1924.
- Angoisse et Chlorure de Calcium. Essai d'une médication acidifiante. *Soc. de Psych.*, 19 févr. 1925.
- DILLARD (Pl.). — *Des différents modes de traitement de l'anxiété névropathique*. Thèse Paris, juin 1930.
- DROUET, HAMEL ET VERAÏN. — Recherches sur l'équilibre acido-basique chez les anxieux et Considérations thérapeutiques. *Congrès des Aliénistes et Neurol.* Barcelone, 21 mai 1929. *Encéphale*, juin 1929.
- DUPOUY (R.) ET MONTASSUT (M.). — Traitement des états anxieux par le gardénal à doses réfractées. *Soc. Méd.-Psych.*, 27 oct. 1924. *Ann. Méd.-Psych.*, 1924, t. II p. 345.
- HARTENBERG. — Traitement de l'eurotrophobie. *XXIV^e Congrès des Alién. et Neurol.*, Strasbourg, 26 oct. 1920.
- LÉPINE (Jean). — Essai de traitement de divers états mentaux par la réaction provoquée au moyen du nucléate de soude. *Lyon Médical*, 10 nov. 1907.
- Le nucléate de soude et la leucothérapie dans la thérapeutique mentale. *Soc. Méd. Hôp.*, Lyon, 1908-1909.
- MIGNARD ET DURAND-SALADIN. — Sur le traitement des états d'anxiété par le gardénal. *Soc. Méd.-Psych.*, 1925. *Ann. Méd.-Psych.*, 1925, t. I, p. 452.
- NAUDASCHER (G.). — États mélancoliques avec hypotension artérielle, traitement par l'opothérapie surrénale et l'adrénaline. *Soc. Méd.-Psych.*, 21 déc. 1921. *Ann. Méd.-Psych.*, 1922, t. I, p. 49.
- Anxiété avec hypotension traitée à l'adrénaline, et accès de dépression mélancolique avec anxiété chez une D. P. *Soc. Méd. Mentale*, 23 mai 1923. *Encéphale*, 1923, p. 395.
- TINEL (J.). — L'extrait hypophysaire chez les anxieux. *Soc. de Psych.*, 16 oct. 1924. *Encéphale*, 1924, p. 600.
- Essai de traitement des crises anxieuses par le Ca. *Soc. de Psych.*, 19 févr. 1925. *Encéphale*, 1925, p. 197.

TAGOWLA (R.) ET OMBRÉDANE (A.). — Action sédative et suppressive du Ca intra-veineux dans l'angoisse et l'agitation anxieuse.. *Soc. de Psych.*, 26 avril 1928, *Encéphale*, 1928, p. 464.

SCHIFF (Paul) ET TRELLES (J.-O.). — Effets de l'angioxyl dans la mélancolie avec anxiété. *Soc. de Psych.*, 23 mars 1930, *Encéphale*, mai 1930, p. 394.

Table des Matières

INTRODUCTION	13
--------------------	----

PREMIERE PARTIE. — RAPPEL DE QUELQUES NOTIONS SUR LE SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF.

<i>Chapitre I.</i> — Généralités, Embryologie, Anatomie ..	21
--	----

<i>Chapitre II.</i> — Physiologie	29
---	----

§ 1. Appareil circulatoire	29
----------------------------------	----

§ 2. Peau et Phanères	31
-----------------------------	----

§ 3. Appareil digestif	34
------------------------------	----

§ 4. Appareil respiratoire	36
----------------------------------	----

§ 5. Glandes endocrines	38
-------------------------------	----

§ 6. Appareil génito-urinaire	44
-------------------------------------	----

§ 7. Système neuro-musculaire	47
-------------------------------------	----

<i>Chapitre III.</i> — Exploration. Réflexe oculo-cardiaque. Réflexe palato-cardiaque. Réflexe naso- facial. Réflexe solaire. Raies vaso-motri- ces. Réflexe pilo-moteur. Epreuves phar- macodynamiques	51
---	----

DEUXIEME PARTIE. — L'EMOTIF ET L'ANXIEUX.

<i>Chapitre I.</i> — L'Emotif. La Constitution émotive	63
§ 1. Signes physiques	68
§ 2. Signes psychiques et état mental de l'émotif	73
 <i>Chapitre II.</i> — L'Anxiété. Les Etats anxieux	85
§ 1. Signes psychiques	85
§ 2. Signes physiques	90
§ 3. Comportement mental et l'anxieux	93

TROISIEME PARTIE. — OBSERVATIONS CLINIQUES 101

QUATRIEME PARTIE. — SYNTHÈSE ET ORIENTATION.

<i>Chapitre I.</i> — Analyse et Synthèse	133
 <i>Chapitre II.</i> — Orientation.	
Essai d'étiologie et de pathogénie	139
Traitement	145

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

1° Sur le Système vago-sympathique	149
2° Psychiâtrie, Anxiété	155
3° Le Grand Sympathique en Psychiâtrie	162

